Alkoholismus bei Frauen
Diagnostik und Erscheinungsbild

Rainer Finke

1981

DISSERTATIONS - UND FOTODRUCK FRANK GmbH
8000 München 2, Gabelsbergerstraße 15, Tel. 2809090

Aus dem Max-Planck-Institut für Psychiatrie München
(Direktor: Prof. Dr. D. Ploog)

Alkoholismus bei Frauen
Diagnostik und Erscheinungsbild

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Luwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Rainer Finke
aus
München
Jahr
1980

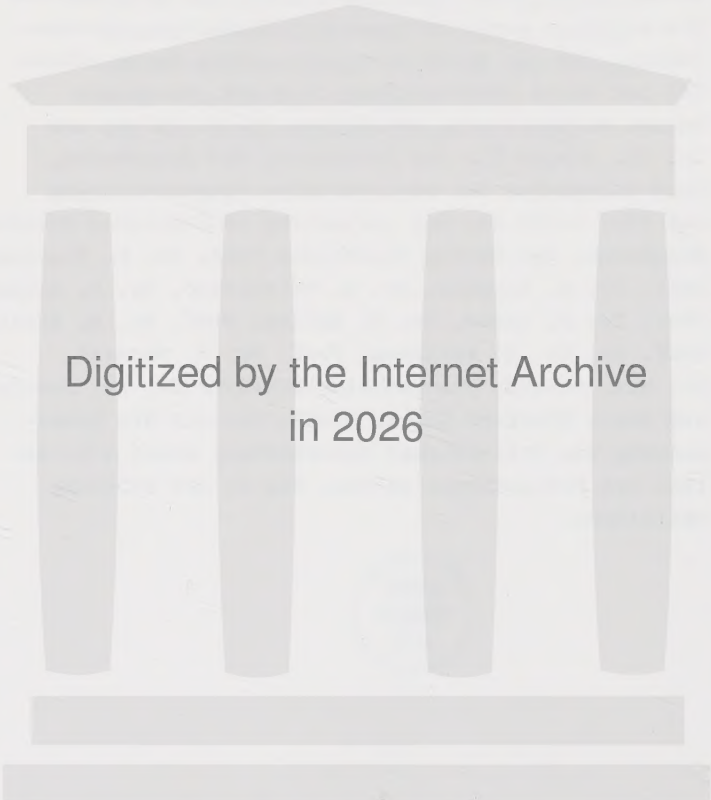
Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. W. Feuerlein
Mitberichterstatter: Prof. Dr. D. Ploog
Mitberichterstatter: Prof. Dr. H. Hippius
Dekan: Prof. Dr. W. Spann
Tag der mündlichen Prüfung: 24.3.81

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Danksagung

Mein Dank gilt in erster Linie Herrn Professor Dr. W. Feuerlein, der mir die Möglichkeit bot, im Rahmen eines Forschungsprojekts die der vorliegenden Dissertation zugrundeliegende Untersuchung durchzuführen, und die Entwicklung der Arbeit durch seinen Rat und seine Unterstützung förderte, weiterhin seinen Mitarbeitern, den Herren Dr. W. Küfner und Dr. Ch. Ringer für die Errechnung der Grunddaten, ihre Anregungen bei statistischen Fragestellungen und ihre Hilfe bei der Erstellung zusätzlicher Rechenprogramme, den Herren Chefärzten Prof. Dr. H. Begemann, Prof. Dr. H. Hippius, Dr. L. Hofmeister, Dr. E. Holzer, Prof. Dr. H. Kaess, Dr. H. Keller, Prof. Dr. E. König, Prof. Dr. Dr. E. Kuhlmann, Prof. Dr. H. Mehnert, Dr. M.A. Schmid, Obermedizinaldirektor Dr. Ch. Schulz und Herrn Direktor Dr. E. Rieth, die mir die Untersuchung von Patientinnen gestatteten, sowie schließlich den Patientinnen selbst, die an der Erhebung teilnahmen.


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547022_0053

Inhaltsverzeichnis

	Seite:
1.Problemstellung	1
2.Literaturübersicht	3
2.1 Vorbemerkung	3
2.2 Frauenalkoholismus	3
2.3 Alkoholismusdiagnostik	6
3.Einordnung und Beschreibung der vorliegenden Untersuchung	10
3.1 Das Forschungsprojekt zur Identifizierung von Alkoholikern an der Poliklinik des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie	10
3.2 Eigene Untersuchungen	11
4.Grunddaten: Ergebnisse und Diskussion	15
4.1 Alter	15
4.2 Zivilstand	16
4.3 Wohngemeinschaft	19
4.4 Kinderzahl	21
4.5 Alter des jüngsten Kindes	22
4.6 Totgeburten	23
4.7 Menopause	24
4.8 Altersunterschied des (Ehe-) Partners	25
4.9 Alkoholnaher Beruf	26
4.10 Beruflicher Abstieg	28
4.11 Soziale Schicht	29
4.12 Berufsverhältnis	30
4.13 Sedativa	32
4.14 Dauer des Alkoholismus	34
4.15 Alkoholismus-Typ	37
4.16 Nebendiagnose	39
5.Fremdbeurteilungsfragebogen (FBF): Ergebnisse und Diskussion	43
5.1 Übersicht	43
5.2 Leber	49
5.3 Pankreatitis	53
5.4 Gastritis	54

Seite:

5.5 Magenresektion in der Vorgeschichte 55
5.6 Karzinome der oberen Verdauungswege 56
5.7 Hypertonie und Adipositas 57
5.8 Polyneuropathie 58
5.9 Kleinhirnatrophie und Wernicke-Korsakow-Syndrom 59
5.10 Halluzinose in der Vorgeschichte 60
5.11 Delirium tremens 61
5.12 Halluzinationen 62
5.13 Zigarettenkonsum >20 pro Tag 63
5.14 Brandwunden bzw. -narben 64
5.15 Spezifische Therapieversuche in der Vorgeschichte 65
5.16 Alkoholkonsum von mehr als 150 ml reinen Alkohols täglich bzw. 300 ml einmal pro Woche 66
5.17 Konsum technischer Alkohole 67
5.18 Toleranzbruch 67
5.19 Foetor alcoholicus bei Aufnahme 68
5.20 Vater Alkoholiker 69
5.21 Mutter Alkoholikerin 71
5.22 Partner Alkoholiker 72
5.23 Familie sucht Rat 74
5.24 Häufiger Wohnungswechsel und Asozialenstatus 75
5.25 Letztes Kind von mindestens drei 76
6.Selbstbeurteilungsfragebogen (SBF): Übersicht über die Ergebnisse 78
6.1 Offenheitsitems 78
6.2 Diagnostische Items 80
7.SBF und FBF: Itemselektion 96
7.1 67 Items 97
7.2 Filter-S 98
7.3 Filter-F 100
7.4 Filter-Gesamt 101
7.5 Diskussion 102

Seite:

8.SBF: Subskalen 109

8.1 Soziodemographische Variablen: Ergebnisse und Diskussion 125

8.2 Variablen Alkoholismusdauer, -typ, psychiatrische Nebendiagnose: Ergebnisse und Diskussion 132

9.Alkoholikerinnen im Vergleich zu männlichen Alkoholikern: Ergebnisse und Diskussion der Subskalenprofile 137

10.Bemerkungen zu den Klinikgruppen 142

11.Zusammenfassende Diskussion 146

12.Zusammenfassung 153

Literaturverzeichnis 156

Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen 165

Abkürzungen 167

Anhang:

Fremdbeurteilungsfragebogen

Selbstbeurteilungsfragebogen

1. Problemstellung

Die Prävalenz des Alkoholismus in der Bundesrepublik ist in den letzten Jahren ständig gestiegen. Dafür sprechen die Zunahme sowohl der Inzidenz als auch des pro-capita-Verbrauchs an Alkohol (FEUERLEIN 1975).
Eine erste Repräsentativerhebung in der gesamten Bundesrepublik, bei der auch somatische Folgeerscheinungen berücksichtigt wurden, ergab für 1974 eine Alkoholmißbrauch-Prävalenz von 2,3% (FEUERLEIN u. KÜFNER 1977).
Angesichts des Verlaufs der Alkoholkrankheit mit ihren zum Teil schweren Spätschäden ergibt sich daraus die Notwendigkeit einer rechtzeitigen Diagnose. Diese wird jedoch oft erst in Spätstadien der Erkrankung gestellt, wenn durch eindeutige labormedizinische Daten eine Organschädigung nachgewiesen wird. Zwar sucht der Alkoholiker häufig bereits nach relativ kurzer Zeit wegen zunächst rezidivierender, dann vielleicht chronischer gastrointestinaler Beschwerden Arzt oder Klinik auf, wird jedoch meist nur symptomatisch behandelt.
ZÖLLNER (1975) schätzt den Alkoholikeranteil im Allgemeinkrankengut auf etwa 10%. In einem Allgemeinkrankenhaus der USA erwiesen sich bei einer Untersuchung mit einem speziellen Screening-Test ebenfalls 10% der Patienten als Alkoholiker (MOORE 1971).
Die Diskrepanz etwa zu den 0,4% Alkoholikern, die im Rahmen des psychiatrischen Konsiliardienstes an drei Münchener Allgemeinkrankenhäusern tatsächlich diagnostiziert wurden (FEUERLEIN u. KUNSTMANN 1973), ist erheblich.

Die Ursachen dieses Mißverhältnisses liegen nach Ansicht der Experten sowohl auf seiten der Patienten als auch der Ärzte; im BERICHT ZUR LAGE DER PSYCHIATRIE IN DER BUNDESREPUBLIK heißt es: "Viele Alkoholiker leugnen oder

verdrängen ihren Alkoholabusus. Ein ähnliches Verleugnungs- und Verdrängungsverhalten besteht von seiten mancher Ärzte. Sie sind nicht davon überzeugt, daß die angegebenen Alkoholkonsummengen ihrer Patienten einen Alkoholabusus darstellen bzw. daß die festgestellten Krankheitssymptome und Verhaltensstörungen Ausdruck von Alkoholismus sind." Deshalb fordert sie die "Entwicklung von neuen und besseren diagnostischen Methoden zur Früherfassung und zur Objektivierung ihrer Diagnose" (S.56).

Hebt man auf das Geschlecht der Alkoholiker ab, so zeigt sich eine überproportionale Zunahme des Frauenanteils. WANKE gibt das Frauen-Männer-Verhältnis bei den Aufnahmen in eine psychiatrische Universitätsklinik für 1935-39 mit 1:10, für die Nachkriegszeit mit 1:7 sowie ab 1956 mit 1:3 an. Seitdem scheint sich der zunächst steile Anstieg etwas abzuflachen. Der Anteil der Frauen an der Gesamtzahl der Alkoholiker für 1969-71 betrug im Bezirkskrankenhaus Haar 29%, in der Poliklinik des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie 28% (FEUERLEIN u. KUNSTMANN 1973); dies entspräche einer Relation von 1:2,5.

Nach zahlreichen epidemiologischen Untersuchungen weicht nun aber das Erscheinungsbild des Alkoholismus bei Frauen zum Teil erheblich von dem bei Männern ab. Dies war der Anlaß, ein an der Poliklinik des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie entwickeltes diagnostisches Instrument zur Früherkennung von Alkoholismus gesondert an einer Frauenstichprobe zu überprüfen.

2. Literaturübersicht

2.1 Vorbemerkung

In dieser Arbeit soll die Trennfähigkeit eines Alkoholismus diagnostizierenden Fragebogens an Frauen untersucht und mit derjenigen bei Männern verglichen werden. Darüberhinaus sollen die Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Alkoholikern aufgezeigt und mit den Resultaten anderer Untersuchungen verglichen werden. Schließlich soll anhand der Daten der Kontrollpatientinnen überprüft werden, inwieweit den in der Literatur beschriebenen Charakteristika alkoholkranker Frauen tatsächlich alkoholismusspezifische Bedeutung zukommt oder ob es sich dabei um geschlechtsspezifische Unterschiede handelt.
Deshalb ist an dieser Stelle über zwei Gruppen von Arbeiten zu berichten, einmal über die, die sich klinisch-statistisch mit Alkoholismus bei Frauen allgemein befassen, zum andern über Untersuchungen zur Alkoholismusdiagnostik, in denen Frauen berücksichtigt sind.

2.2 Frauenalkoholismus

Zunächst seien die Arbeiten, nach ihren unterschiedlichen methodischen Ansätzen gruppiert, kurz vorgestellt. Während die älteren Arbeiten (z.B. RÖPER 1914, WALL 1937, VAN AMBERG 1943) vorwiegend kasuistisch ausgerichtet sind, setzt nach Erscheinen der für die Alkoholismusforschung wegweisenden Arbeiten von JELLINEK eine systematische Auseinandersetzung mit dem relativ neuen Phänomen Alkoholismus bei Frauen ein. Dabei handelt es sich zunächst um statistische Arbeiten, in denen Krankenblattdaten ausgewertet werden (BERNER u. SOLMS 1953, KASTLER-MAITRON u. BURCKARD 1955, MASSOT at al. 1956, BOCHNIK et al. 1959,

SEYBERTH 1963, BASQUIN u. OSOUF 1965, WOOD u. DUFFY 1966). In der Mehrzahl der Untersuchungen werden Vergleichsgruppen männlicher Alkoholiker berücksichtigt und darüberhinaus verschiedene Gruppen von Patientinnen miteinander verglichen.

Dabei gehen BERNER u.KRYSPIN-EXNER 1965, SCLARE 1970, WANKE 1970, RATHOD et al. 1971, GUNDEL 1972, WESSELY u. PERNHAUPT 1973 ebenfalls von den im Rahmen der psychiatrischen Diagnostik erhobenen Krankenblattdaten aus, während WINOKUR u. CLAYTON 1968, WANBERG u. HORN 1970, WANBERG u. KNAPP 1970, RIMMER et al. 1971, BROMET u. MOOS 1976 sowie MULFORD 1977 systematische Interviews bzw. Trinkfragebogen anwenden. In all diesen Untersuchungen sind die Unterschiede zwischen den Gruppen auf Signifikanz geprüft.

In einigen Arbeiten werden zusätzlich die Ergebnisse von Tests berichtet, die gleichzeitig an männlichen Alkoholikern (LISANSKY 1957, CURLEE 1970) bzw. weiblichen Kontrollpersonen (BELFER et al. 1971, MARCKWORT 1973) erhoben wurden.

Die Einzelanalyse der Ergebnisse war Voraussetzung der Diskussion der Resultate dieser Untersuchung und erfolgt bei den entsprechenden Detailfragen. An dieser Stelle soll jedoch zumindest eine summarische Übersicht der wichtigsten Ergebnisse gegeben, aber auf eine Zuordnung zu den einzelnen Autoren insofern verzichtet werden, als es sich zum großen Teil um Resultate handelt,für die Übereinstimmung besteht.

So wird allgemein eine deutlich kürzere Alkoholismusdauer berichtet, mit der Frauen zu stationärer Aufnahme gelangen. Trotz kürzerer Anamnese und durchschnittlich geringerem Alkohol-Tageskonsum lassen sich oft bei der Aufnahmeuntersuchnung kaum weniger schwerwiegende

Befunde erheben, so daß bei Frauen eine größere Progredienz des Alkoholismus diskutiert wird.
Vor allem soziale, psychische und gynäkologische Auffälligkeiten der Alkoholikerinnen treten in den Mittelpunkt des Interesses.
So werden bei den Eltern der Patientinnen gehäuft Alkoholismus bzw. andere psychiatrische Erkrankungen berichtet. Die frühkindliche Entwicklung, besonders das Verhältnis zur Mutter werden eingehend diskutiert.
Die Analyse der Partnerbeziehungen ergibt Rollenkonflikte beider Partner sowie hohe Raten von Scheidung und Alkoholismus des Ehemannes.
Die gynäkologischen Anamnesen erbringen Hinweise auf Häufung von Menstruationsbeschwerden, Sterilität, Schwangerschaftskomplikationen sowie Operationen an Ovar und Uterus.
Konsistent sind die Ergebnisse auch hinsichtlich gehäuft zu beobachtender psychischer Auffälligkeiten der Alkoholikerinnen selbst, meist im Sinne depressiver Störungen sowie einer zusätzlichen Abhängigkeit von Medikamenten.
Da Frauen wesentlich häufiger als Männer psychische Spannungszustände als Trinkmotivation angeben, werden sämtliche oben genannten psychischen, sozialen und gynäkologischen Auffälligkeiten als alkoholismusinduzierende Faktoren ebenso dikutiert wie eine Vielzahl existentieller Belastungsfaktoren, denen die Patientinnen selbst retrospektiv eine solche Bedeutung zumessen; demzufolge wird im Gegensatz zu einem allmählichen Übergang von konvivialem Trinken zum Alkoholismus beim Mann ein eher plötzlicher Beginn des Alkoholabusus bei der Frau vermutet.
Das unter Alkoholikerinnen wesentlich mehr verbreitete

heimliche Trinken wird einerseits als Abbild des normalen geschlechtsspezifischen Unterschieds im Trinkverhalten betrachtet, andererseits mit psychischen Spannungszuständen und depressiven Störungen in Verbindung gebracht; darüberhinaus wird es als Indiz einer bei Frauen größeren Verheimlichungstendenz gewertet und als Beleg angeführt für die Vermutung, daß der Alkoholismus der Frau vielleicht länger unerkannt bleibt und seine Dauer in Wirklichkeit länger ist, als von den Patientinnen angegeben wird.

2.3 Alkoholismusdiagnostik

Die bisher empirisch überprüften Untersuchungsinstrumente zur Diagnose von Alkoholismus sind überwiegend amerikanischen Ursprungs.
Über die Zusammensetzung der Eichstichproben liegen unterschiedliche Angaben vor.
Während SELIGER 1946 für den LIQUOR TEST über die Versuchspersonen nichts angibt, beschreiben EWING u. ROUSE 1970 für den CAGE zwar klinische Herkunft und Größe der Stichproben, lassen aber deren Zusammensetzung nach Geschlechtern offen. SELZER 1971, POKORNY et al. 1972 sowie SELZER et al. 1975 stützen die Validierung des MAST bzw. seiner Kurzfassungen auf die Befragung von ausschließlich Männern. Auch bei den verschiedenen Ansätzen, eine bestimmte Auswahl von Items des MMPI zur Trennung von Alkoholikern und Nichtalkoholikern zu benutzen, werden, abgesehen von einer Untersuchung MANSONs (1949a), Frauen nicht berücksichtigt (HAMPTON 1951, HOYT u. SEDLACEK 1958, MacANDREW u. GEERTSMA 1963 und die Revalidierung der MacANDREW-Skalen durch WHISLER u. CANTOR 1966 sowie RHODES 1969 bzw. der Versuch einer Kreuzvalidierung

aller vier gebrauchten MMPI-Skalen durch VEGA 1971).

Eine Übersicht über die Verfahren, die an Frauenstichproben empirisch überprüft werden, muß sich daher im wesentlichen auf die Arbeiten von MANSON konzentrieren, der in vier verschiedenen Untersuchungen jeweils sowohl eine Männer- als auch eine Frauenstichprobe befragt. Zunächst erscheint 1948 die MANSON EVALUATION, ein aus 72 ITEMS bestehender Persönlichkeitsfragebogen, der insgesamt 84,1% der Probandinnen einer Stichprobe von 66 Alkoholokerinnen und 166 Kontrollpersonen korrekt zuordnet; bei den Männern ist dies in 78,8% der Fälle möglich (MANSON 1948).
1949 wendet MANSON die PSYCHOPATHIC DEVIATE SCALE (PDS) des MMPI zur Identifizierung von Alkoholikern an. PDS umfaßt 50 Items und wird an 124 Alkoholikerinnen und 264 nicht alkoholabhängigen Probandinnen ausgetestet; 78,6% der Frauen, jedoch nur 64% der Männer können richtig klassifiziert werden (MANSON 1949a).
Zur gleichen Zeit untersucht MANSON an einer Stichprobe von 111 Alkoholikerinnen und 254 Kontrollpersonen den CORNELL SELECTEE INDEX, Form N (CSI), ein 64 Items umfassendes Instrument zur Erfassung psychoneurotischer und psychosomatischer Persönlichkeitszüge auf seine Eignung als Screening Test. CSI erreicht ebenfalls in 78,6% der Fälle eine korrekte Zuordnung; bei den Männern ist dies in 73,7% der Fälle möglich (MANSON 1949b).

Schließlich stellt MANSON im gleichen Jahr den ALCOHOL ADDICTION TEST (ALCADD TEST) vor, der 60 Items enthält, die alle direkt nach dem Trinkverhalten fragen. Bei einem Sample von 40 Alkoholikerinnen und 81 Kontrollpersonen ergibt sich eine Gesamtübereinstimmung von 96,7%; bei den Männern beträgt sie 96,3% (MANSON 1949c).

Die Trennfähigkeit der Fragebogen ist also bei Frauen

jeweils um einiges besser als bei Männern. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, daß die Gruppen der männlichen Alkoholiker, die sich mehrheitlich aus Anonymen Alkoholikern zusammensetzen, zu einem kleineren Teil noch hospitalisierte Alkoholiker umfassen, während die Frauengruppen aussschließlich aus AA-Mitgliedern bestehen, deren Repräsentativität für Alkoholiker zu bezweifeln sein dürfte.

Aber auch bei den stationär aufgenommenen männlichen Alkoholikern handelt es sich um eine Auswahl. Denn MANSON schließt bei seinen Untersuchungen "severely deteriored subjects" aus; "this eliminated chronic alcoholics" (MANSON 1948).Die Nicht-Berücksichtigung chronischer Alkoholiker mit z.T. ausgeprägten Alkoholfolgekrankheiten hat ohne Zweifel die Itemauswahl mit beeinflußt.

MANSON verzichtet sowohl auf objektive somatische Befunde als auch weitgehend auf die Erhebung somatischer Befindlichkeitsstörungen.

Während für ALCADD TEST, PDS und CSI keine näheren Angaben zur Auswahl der Kontrollpersonen gemacht werden, sind diese für die MANSON EVALUATION in der ersten Phase der Testentwicklung als Ehegatten, Verwandte und Freunde der Alkoholikerinnnen, die der zweiten Phase als Krankenhausangestellte, Studenten, Veteranen, Mitglieder kirchlicher Gruppen, Freunde und Bekannte des Autors ausgewiesen. Es handelt sich also um gesunde Kontrollpersonen, so daß MANSON selbst seine Ergebnisse relativiert: "It was not established that this test could differentiate alcoholics from nonalcoholic clinical deviants." (MANSON 1948)

MURPHY unternimmt 1956 den Versuch einer Revalidierung zweier Tests von MANSON an einer Stichprobe von 58

Alkoholikerinnen (24 stationär aufgenommene aktive Alkoholikerinnen und 34 AA-Mitglieder) und 62 weiblichen Kontrollpersonen (34 "social drinkers" sowie 28 "abstainers"), der mit einer Gesamtübereinstimmung von 77% für die MANSON EVALUATION und 95% für den ALCADD TEST nur geringfügig schlechter ausfällt. MURPHY rechtfertigt die Zweifel an der Repräsentativität von AA-Mitgliedern für Alkoholiker, indem er bei dieser Gruppe weniger Ähnlichkeit mit den klinisch diagnostizierten Alkoholikerinnen als mit den"social drinkers", also einem Teil der Kontrollgruppe, feststellt.

Ein nur an Männerstichproben überprüftes Verfahren ist nach seiner Veröffentlichung unter Einbeziehung weiblicher Patienten klinisch als Screening-Test angewandt worden.

MOORE überprüft SELZERs MAST an 400 stationär aufgenommenen psychiatrischen Patienten, unter ihnen 270 Frauen; 30% der Gesamtpopulation, 50% der Männer und 22% der Frauen erweisen sich dabei als Alkoholiker. Übereinstimmung mit der fachärztlichen Diagnose ergibt sich in 78%, nach Verschiebung des von SELZER angegebenen Trennpunktes in 84% der Fälle. Dennoch ist die Zahl der richtig klassifizierten Alkoholiker niedriger als bei SELZER (90%:98%); gesonderte Ergebnisse für Frauen und Männer werden nicht mitgeteilt. (MOORE 1972)

MAYFIELD et al. wenden 1974 an 366 Patienten, die in einem Allgemeinkrankenhaus psychiatrisch gesehen werden, den CAGE-Fragebogen von EWING und ROUSE an. Das Sample enthält jedoch nur 1% Frauen.

3. Einordnung und Beschreibung der vorliegenden Untersuchung

3.1 Das Forschungsprojekt zur Identifizierung von Alkoholikern an der Poliklinik des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie

Die vorliegende Untersuchung entstand im Rahmen eines Projekts zur Identifizierung von Alkoholikern an der Poliklinik des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie.

Eine genaue Beschreibung der einzelnen Projektstufen sowie der Entwicklung des Fragebogens gibt RICHTER, der eine Paralleluntersuchung an einer Männerstichprobe gleicher Größe und Zusammensetzung durchführte.
An dieser Stelle sollen jedoch die beiden wichtigsten Voruntersuchungen wenigstens genannt werden.
Ein von FEUERLEIN zum klinikinternen Gebrauch konzipierter Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA) wurde auf seine Verwendbarkeit als eigenständiges Diagnoseinstrument empirisch-statistisch überprüft (FEUERLEIN et al. 1976).
Außerdem wurde eine von einem amerikanischen Expertenteam (CRITERIA COMMITTEE 1972) vorgelegte Sammlung verschiedenartiger Kriterien zur Alkoholismusdiagnose, bei der erstmals auch medizinische Daten Berücksichtigung fanden, ins Deutsche übertragen und auf klinische Brauchbarkeit untersucht (RINGER et al. 1977).
Ergebnisse und Erfahrungen beider Untersuchungen gingen in Konzeption und Itemauswahl des in dieser Erhebung angewandten Fragebogens ein.

3.2 Eigene Untersuchungen

3.2.1 Probanden

Untersucht wurden 120 Alkoholikerinnen und 100 weibliche Kontrollpersonen.
Zur Steigerung der Repräsentativität der Alkoholikerinnenstichprobe wurden die Untersuchungen auf verschiedene klinische Institutionen ausgedehnt (Fachklinik, Psychiatrisches Landeskrankenhaus, Psychiatrische Poliklinik, Allgemeinkrankenhaus).
Befragt wurden 40 Patientinnen, die sich im Kurhaus Höchsten bei Wilhelmsdorf/Württemberg, einer Fachklinik für Suchtkranke, einem längeren Heilverfahren unterzogen, 40 Patientinnen, die auf den Suchtstationen des Bezirkskrankenhauses Haar bei München wegen ihres Alkoholismus stationär untergebracht waren und 40 Patientinnen der Poliklinik des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in München, die entweder im Rahmen des psychiatrischen Konsiliardienstes für die Städtischen Allgemeinkrankenhäuser München-Schwabing und München-Oberföhring oder im Rahmen der psychiatrischen Ambulanz gesehen wurden.

Da im vorgesehenen Untersuchungszeitraum die Anzahl der Alkoholismus-Patientinnen des Max-Planck-Instituts hinter den Erwartungen zurückblieb, wurden in diese Gruppe vier Patientinnen der Psychiatrischen Universitätsklinik München mit aufgenommen, die dort entweder stationär, poliklinisch oder im Rahmen der Alkoholiker-Ambulanz gesehen wurden.
Kriterien für die Aufnahme in die Gruppe der Alkoholikerinnen waren erstens die von einem Facharzt für Psychiatrie gestellte Diagnose 'Alkoholismus', zweitens der Ausschluß einer endogenen Psychose.
Als Kontrollpersonen wurden 100 Patientinnen von

Chirurgischen, Medizinischen und Gynäkologischen Abteilungen eines Allgemeinkrankenhauses (Städtisches Krankenhaus München-Schwabing) befragt. Ausgeschlossen von der Kontrollgruppe wurden Patientinnen, bei denen nach Ansicht des behandelnden Arztes begründeter Verdacht auf Alkoholismus bestand oder die ihren täglichen Alkoholkonsum mit mehr als 80 g reinen Alkohols angaben.

Zur Vermeidung sprachlicher Mißverständnisse wurden in beide Gruppen nur Probanden aufgenommen, die aus dem deutschen Sprachraum stammen.
Die Kontrollgruppe wurde hinsichtlich des Alters parallelisiert.
Von den um Mitarbeit bei der Untersuchung gebetenen Patientinnen lehnten zwei Alkoholikerinnen und zwei als Kontrollpersonen vorgesehene Frauen eine Teilnahme ab.

Die Untersuchungen wurden durchgeführt zwischen August 1975 und Februar 1976.

3.2.2 Untersuchungsinstrument

Das diagnostische Instrument bestand aus einem Fremdbeurteilungsfragebogen (FBF) und einem Selbstbeurteilungsfragebogen (SBF). Beide sind im Anhang beigefügt.
Der FBF umfaßt 22 Grunddaten und 32 Items.
Von den Grunddaten sind 4 klassifizierender Art (fortlaufende Nummer der Patientin, Geschlecht, Klinikzugehörigkeit, Alkoholikerin oder Kontrollpatientin), 12 soziodemographische Angaben (Alter, Geburtsdatum, verschlüsselter Patientenname, Familienstand, Wohngemeinschaft, Kinderzahl, Alter des jüngsten Kindes, Altersunterschied des Partners, Schichtzugehörigkeit, Berufsverhältnis, alkoholnaher Beruf, beruflicher Abstieg) und 6 medizinische Daten (Anzahl der Totgeburten, Postmeno-

pausendauer, Quantifizierung der Einnahme von Sedativa, psychiatrische Nebendiagnose sowie Alkoholismusdauer und Alkoholikertyp).
Daneben enthält der FBF 32 Items, die auf internistische (11) oder neurologisch-psychiatrische (6) Krankheitsbilder, auf soziale Auffälligkeiten und auf spezielle Angaben zur Alkoholabhängigkeit (15) abheben.
Die Grunddaten wurden kodiert. Für die Items waren die beiden Antwortkategorien 'trifft zu' bzw. 'trifft nicht zu', in einigen Sonderfällen eine dritte Kategorie vorgesehen, die dann angewandt wurde, wenn entweder eine entsprechende Information (z.B. ein bestimmter Laborwert) oder eine vom Item inhaltlich vorausgesetzte Tatsache (z.B. Partnerschaft) nicht gegeben waren.
Der SBF umfaßt 120 Items. Davon stammen 14 Items aus dem Freiburger Persönlichkeitsinventar (FAHRENBERG u. SELG 1970), die dort als eigene Subskala Offenheit messen.
Von den 102 diagnostischen Items beziehen sich 76 direkt auf Alkoholkonsum, 26 nur indirekt.

3.2.3 Durchführung und Dauer der Einzeluntersuchung
Vor Beginn der Befragung wurde den Probanden erklärt, daß es sich um eine wissenschaftliche Untersuchung handelt. Den Patientinnen wurde jeweils zunächst der SBF vorgelegt, zu dessen Beantwortung in der Regel 15 Minuten notwendig waren.
Die Dauer der Befragung durch den Untersucher war unterschiedlich; sie hing davon ab, in welchem Ausmaß die notwendigen Daten aus dem Krankenblatt zu entnehmen bzw. durch Exploration noch zu erheben waren.

4.1.2 Diskussion

In den bisherigen Untersuchungen liegt das Durchschnittsalter von Alkoholikerinnen ausnahmslos und meist deutlich über 40 Jahren. BERNER u. SOLMS 1953 geben es mit 44,9 J., SEYBERTH 1963 mit 44,5 J., WANKE 1970 mit 47,0 J. an.
Unsere Stichprobe entspricht am ehesten derjenigen von MARCKWORT, die mit 40,9 J. ein ähnlich niedriges Durchschnittsalter ermittelt.
Die Frage, ob unsere Patientinnen in jüngeren Jahren alkoholabhängig wurden oder nur eher zur Behandlung kommen, wird erst beim Vergleich der Daten über die Alkoholismusdauer geklärt werden können.
Dagegen bewegt sich die geringe Altersdifferenz von 1 Jahr zwischen weiblichen und männlichen Alkoholikern innerhalb der Größenordnung der bisherigen Ergebnisse, wonach Frauen zwischen 3 Jahren älter und 2 Jahren jünger sind (WALL +3, ZELEN et al. +0,8, WINOKUR u. CLAYTON +0,7, WANKE +1).

4.2 Zivilstand

4.2.1 Ergebnisse (Tab.2)

	AF				KF	AM
	ges. in %	Hö in %	Ha in %	MPI in %	in %	in %
led.	23,33	20	25	25	22	35,83
vh.	40	47,50	30	42,50	59	38,33
gesch.	25	20	40	15	15	23,33
getr.	7,5	5	2,5	15	0	0
vw.	4,17	7,5	2,5	2,5	4	2,5

4.2.1.1 AF/KF

Unter Alkoholikerinnen ist der prozentuale Anteil verheirateter Frauen mit 40% deutlich kleiner als unter Kontrollpatientinnen (59%). Der Unterschied ist hochsignifikant ($p<0,001$).

Die Scheidungsrate unter Alkoholikerinnen ist mit 25% signifikant höher als unter Kontrollpatientinnen (15%, $p<0,025$). Darüberhinaus leben 7,5% der alkoholabhängigen Frauen ständig von ihrem Ehemann getrennt, während getrennte Ehen unter den Kontrollpersonen nicht zu beobachten sind.

Damit ist die Gesamtzahl geschiedener sowie getrennt lebender Frauen unter Alkoholikerinnen mit 32,5% mehr als doppelt so groß wie unter Kontrollpatientinnen. Der Unterschied ist auf dem 1%-Niveau signifikant.

Hinsichtlich der Zahlen von ledigen sowie verwitweten Frauen bestehen zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe keine nennenswerten Unterschiede.

4.2.1.2 AF-Gr

Während die Scheidungsrate unter MPI-Patientinnen mit 15% am niedrigsten ist und nicht höher liegt als bei Kontrollpatientinnen, ist die Zahl der in Trennung lebenden Frauen im Vergleich zu den beiden anderen Alkoholikerinnengruppen deutlich erhöht; sie beträgt ebenfalls 15%.

Bei Ha-Patientinnen ist die eheliche Desintegration dagegen am weitesten fortgeschritten. Neben 2,5% getrennt lebenden finden sich bereits 40% geschiedene Frauen. Im Vergleich zu MPI und Höchsten ist die Scheidungsrate doppelt so hoch. Demgegenüber ist die Zahl zerrütteter Ehen in der Hö-Gruppe mit 20% geschiedenen und 5% getrennt lebenden Patientinnen insgesamt am niedrigsten

4.1.2 Diskussion

In den bisherigen Untersuchungen liegt das Durchschnittsalter von Alkoholikerinnen ausnahmslos und meist deutlich über 40 Jahren. BERNER u. SOLMS 1953 geben es mit 44,9 J., SEYBERTH 1963 mit 44,5 J., WANKE 1970 mit 47,0 J. an.
Unsere Stichprobe entspricht am ehesten derjenigen von MARCKWORT, die mit 40,9 J. ein ähnlich niedriges Durchschnittsalter ermittelt.
Die Frage, ob unsere Patientinnen in jüngeren Jahren alkoholabhängig wurden oder nur eher zur Behandlung kommen, wird erst beim Vergleich der Daten über die Alkoholismusdauer geklärt werden können.
Dagegen bewegt sich die geringe Altersdifferenz von 1 Jahr zwischen weiblichen und männlichen Alkoholikern innerhalb der Größenordnung der bisherigen Ergebnisse, wonach Frauen zwischen 3 Jahren älter und 2 Jahren jünger sind (WALL +3, ZELEN et al. +0,8, WINOKUR u. CLAYTON +0,7, WANKE +1).

4.2 Zivilstand

4.2.1 Ergebnisse (Tab.2)

	AF				KF	AM
	ges. in %	Hö in %	Ha in %	MPI in %	in %	in %
led.	23,33	20	25	25	22	35,83
vh.	40	47,50	30	42,50	59	38,33
gesch.	25	20	40	15	15	23,33
getr.	7,5	5	2,5	15	0	0
vw.	4,17	7,5	2,5	2,5	4	2,5

4.2.1.1 AF/KF

Unter Alkoholikerinnen ist der prozentuale Anteil verheirateter Frauen mit 40% deutlich kleiner als unter Kontrollpatientinnen (59%). Der Unterschied ist hochsignifikant ($p<0,001$).

Die Scheidungsrate unter Alkoholikerinnen ist mit 25% signifikant höher als unter Kontrollpatientinnen (15%, $p<0,025$). Darüberhinaus leben 7,5% der alkoholabhängigen Frauen ständig von ihrem Ehemann getrennt, während getrennte Ehen unter den Kontrollpersonen nicht zu beobachten sind.

Damit ist die Gesamtzahl geschiedener sowie getrennt lebender Frauen unter Alkoholikerinnen mit 32,5% mehr als doppelt so groß wie unter Kontrollpatientinnen. Der Unterschied ist auf dem 1%-Niveau signifikant.

Hinsichtlich der Zahlen von ledigen sowie verwitweten Frauen bestehen zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe keine nennenswerten Unterschiede.

4.2.1.2 AF-Gr

Während die Scheidungsrate unter MPI-Patientinnen mit 15% am niedrigsten ist und nicht höher liegt als bei Kontrollpatientinnen, ist die Zahl der in Trennung lebenden Frauen im Vergleich zu den beiden anderen Alkoholikerinnengruppen deutlich erhöht; sie beträgt ebenfalls 15%.

Bei Ha-Patientinnen ist die eheliche Desintegration dagegen am weitesten fortgeschritten. Neben 2,5% getrennt lebenden finden sich bereits 40% geschiedene Frauen. Im Vergleich zu MPI und Höchsten ist die Scheidungsrate doppelt so hoch. Demgegenüber ist die Zahl zerrütteter Ehen in der Hö-Gruppe mit 20% geschiedenen und 5% getrennt lebenden Patientinnen insgesamt am niedrigsten

sowie die Zahl der verheirateten Frauen am höchsten (47,5%).

4.2.1.3 AF/AM

Die Unterschiede im Vergleich zur Stichprobe der männlichen Alkoholiker sind gering. Dort finden sich mit 35,8% signifikant mehr ledige ($p<0,025$), jedoch keine getrennt lebenden Probanden. Die Scheidungsrate liegt mit 23,3% etwa gleich hoch.

4.2.2 Diskussion

Der im Vergleich zu Kontrollpatientinnen doppelt so hohe Prozentsatz von gescheiterten Ehen bestätigt die Ergebnisse früherer Arbeiten, in denen ausnahmslos hohe Zahlen geschiedener oder getrennt lebender Alkoholikerinnen berichtet werden. Wegen der soziokulturellen Unterschiede in Heirats- und Scheidungsgewohnheiten wird bei dem folgenden Vergleich nur auf die Ergebnisse deutscher und österreichischer Untersuchungen zurückgegriffen. Während der Prozentsatz geschiedener Alkoholikerinnen von BERNER u. SOLMS 1953 noch mit 17%, von BOCHNIK et al. 1959 mit 15% sowie von SEYBERTH 1963 mit 16,9% angegeben wird, werden in den letzten Jahren deutlich höhere Zahlen berichtet.
So beträgt die Scheidungsrate bei GUNDEL 1972 21%, bei WESSELY u. PERNHAUPT 1973 23,3%, bei MARCKWORT 1973 ebenfalls 23,3% sowie schließlich in vorliegender Untersuchung 25%. Somit ergibt sich, daß der in den letzten Jahren zu beobachtende Anstieg der Scheidungsrate unter Alkoholikerinnen weiter anhält, während die Zahl getrennt lebender Alkoholikerinnen etwa den 8,3% entspricht, die MARCKWORT zuletzt 1973 ermittelt.

Gegenüber WESSELY u.PERNHAUPT, die bei Alkoholikerinnen im Vergleich zu Männern eine nahezu doppelt so hohe Scheidungsrate beobachten, können wir, ähnlich wie zuletzt GUNDEL (23%:18%) nur einen vergleichsweise geringen und zudem nicht signifikanten Unterschied (25%:23,3%) feststellen. Berücksichtigen wir jedoch beim Frauen-Männer-Vergleich auch die Zahl getrennt lebender Probanden, so ergibt sich mit einem Verhältnis von 32,5%: 23,3% ein deutliches, wenn auch nicht signifikantes Überwiegen ehelicher Desintegration bei Alkoholikerinnen, wie dies auch 1977 von DEMEL beschrieben wird: "Während Frauen alkoholkranker Männer eher bereit sind, auch weiterhin die Partnerbeziehung aufrechtzuerhalten, gehen Partnerschaft oder Ehe bei Suchterkrankung der Frau viel leichter auseinander."(S.12)

4.3 Wohngemeinschaft

4.3.1 Ergebnisse (Tab.3)

	AF ges. in %	AF Hö in %	AF Ha in %	AF MPI in %	KF in %	AM in %
H	0	0	0	0	0	4,16
AeW	25,83	15	30	32,5	14	14,17
AfW	1,67	2,5	0	2,5	0	10
PoK	21,67	10	27,5	27,5	28	13,33
PmK	29,17	45	20	22,5	44	26,67
E	12,5	15	15	7,5	3	25
W	1,67	2,5	2,5	0	0	6,67
AmK	7,5	10	5	7,5	11	0

H = Heiminsasse; AeW = Alleinstehend in eigener Wohnung;
AfW = Alleinstehend in fremder Wohnung;
PoK = Haushalt mit Ehepartner bzw. Partner ohne Kinder;
PmK = Haushalt mit Ehepartner bzw. Partner und ein oder mehr. Kindern; E = Lebt bei den Eltern oder nächsten Verwandten;
W = Häufig wechselnd oder ohne festen Wohnsitz;
AmK = Lebt ohne Partner mit Kind oder Kindern

4.3.1.1 AF/KF
Im Vergleich zu weiblichen Kontrollpersonen leben Alkoholikerinnen häufiger allein in einer eigenen Wohnung (25,8%:14%; nicht signifikant) sowie bei den Eltern (12,5%:3%; $p<0,025$), signifikant seltener dagegen mit Mann und Kind(ern) zusammen (29,2%:44%; $p<0,05$).

4.3.1.2 AF-Gr
Auffallend ist hier die weitgehende Ähnlichkeit der Häufigkeitsverteilungen zwischen Ha- und MPI-Gruppe einerseits, sowie zwischen Hö- und Kontrollgruppe andererseits.

4.3.1.3 AF/AM
Alkoholabhängige Frauen leben häufiger als Männer allein in einer eigenen Wohnung ($p<0,025$), mit einem Partner und ohne Kind (nicht signifikant) oder allein mit Kindern (nicht signifikant), dagegen seltener in Untermiete ($p<0,01$), bei den Eltern ($p<0,025$) sowie mit häufig wechselndem Wohnsitz (nicht signifikant).

4.3.2 Diskussion

In der Literatur liegen Angaben über entsprechende Vergleiche zwischen Alkoholikerinnen und Kontrollfrauen nicht vor. Die Tatsache, daß Alkoholikerinnen der vorliegenden Erhebung im Vergleich zu Kontrollpatientinnen signifikant häufiger allein oder bei den Eltern wohnen, ist wohl auf den höheren Anteil geschiedener und getrennt lebender Frauen zurückzuführen.
Unser Resultat, wonach alkoholkranke Frauen gegenüber Männern häufiger allein mit ihren Kindern leben, erklärt sich aus der Tatsache, daß in unserem Kulturkreis beim Scheitern einer Ehe die Kinder im allgemeinen bei der

Mutter verbleiben.

4.4 Kinderzahl

4.4.1 Ergebnisse (Tab.4)

	AF ges. in %	Hö in %	Ha in %	MPI in %	KF in %	AM in %
0	34,17	25	35	42,5	29	46,67
1 - 2	46,66	45	47,5	47,5	54	35
>2	19,17	30	17,5	10	17	18,33
Mittelw.	1,3 K.	1,7 K.	1,3 K.	0,9 K.	1,5 K.	1,3 K.

4.4.1.1 AF/KF
Alkoholikerinnen haben häufiger keine, aber auch etwas häufiger mehr als zwei Kinder als Kontrollpatientinnen. Beide Unterschiede sind nicht signifikant.

4.4.1.2 AF-Gr
Am häufigsten findet sich Kinderlosigkeit unter MPI-Patientinnen, am seltensten unter Hö-Patientinnen. Der prozentuale Anteil der Frauen, die mehr als zwei Kinder haben, ist unter Hö-Patientinnen mit 30% im Vergleich zur Ha-,aber auch zur Kontrollgruppe fast doppelt so hoch.

4.4.1.3 AF/AM
Abgesehen davon, daß auf Grund des höheren Ledigenanteils bei Männern Kinderlosigkeit prozentual häufiger vorkommt ($p<0,05$), ergeben sich ähnliche Häufigkeitsverhältnisse.

4.4.2 Diskussion

Die Diskussion über Kinderlosigkeit bei Alkoholikerinnen wurde vor allem durch die Resultate von KINSEY angeregt, der mit 69% eine wesentlich höhere Rate festgestellt hatte als zuvor etwa BERNER u. SOLMS mit 40%. In später durchgeführten Untersuchungen bewegte sich der Anteil Kinderloser allerdings meist, wie z.B. bei MARCKWORT mit 37%, in ähnlicher Größenordnung wie in unserer Erhebung.
Da der diesbezügliche Unterschied zwischen Alkoholikerinnen und Kontrollpatientinnen jedoch nur gering ist, kann Kinderlosigkeit nicht unbedingt als charakteristisch für alkoholabhängige Frauen gelten.

4.5 Alter des jüngsten Kindes

4.5.1 Ergebnisse (Tab.5)

	AF ges. in %	Hö in %	Ha in %	MPI in %	KF in %	AM in %
1- 5 J.	11,67	22,5	5	7,5	16	10
6-14 J.	29,17	32,5	30	27,5	29	30,83
15-18 J.	10	5	17,5	7,5	7	4,17
19-25 J.	9,17	12,5	7,5	7,5	12	5,83
>25 J.	5,83	2,5	5	10	7	2,5
kein Kind	34,17	25	35	42,5	29	46,67
Durchschn. Alter	13,4 J.	11,0 J.	14,2 J.	15,5 J.	13,1 J.	9,5 J.

4.5.1.1 AF/KF
In bezug auf das Alter des jüngsten Kindes ergeben sich zwischen Alkoholikerinnen und Kontrollfrauen keine nennenswerten Unterschiede.

4.5.1.2 AF-Gr

Verglichen mit der Kontrollgruppe, finden sich unter den Hö-Patientinnen wesentlich mehr Mütter von Kleinkindern, unter den Ha- sowie MPI-Patientinnen dagegen deutlich weniger.

4.5.1.3 AF/AM

Im Frauen-Männer-Vergleich zeigen sich weitgehend entsprechende Häufigkeitsverteilungen.

4.5.2 Diskussion

Direkt vergleichbare Untersuchungsergebnisse liegen bisher nicht vor.
Lediglich LISANSKY weist darauf hin, daß viele Alkoholikerinnen die Kontrolle über ihr Trinken bereits zu einer Zeit verloren, als ihre Kinder noch klein waren. Dies können wir bestätigen; umso bedeutsamer dürfte auch im Interesse der Kinder eine frühe Diagnose sein.
Die diagnostische Valenz dieser Kategorie 'Alter des jüngsten Kindes' erweist sich angesichts des geringen Unterschieds zwischen Alkoholikerinnen und Kontrollpatientinnen als gering.

4.6 Totgeburten

4.6.1 Ergebnisse (Tab.6)

	AF ges. in %	Hö in %	Ha in %	MPI in %	KF in %
0	95	95	95	95	95
1	4,17	2,5	5	5	4
2	0,83	2,5	0	0	0
3	0	0	0	0	1

Sowohl zwischen Alkoholikerinnen und Kontrollpatientinnen als auch zwischen den einzelnen Klinikgruppen ergeben sich keine Häufigkeitsunterschiede. Jeweils 5% der Patientinnen hatten Totgeburten.

4.6.2 Diskussion

Wegen der Übereinstimmung der Ergebnisse für Alkoholikerinnen und Kontrollfrauen sowie wegen der überhaupt geringen Häufigkeit von Totgeburten bei den Probanden kommt der Kategorie 'Totgeburten' keine diagnostische und insgesamt wohl auch kaum ätiologische Relevanz zu.

4.7 Menopause

4.7.1 Ergebnisse (Tab.7)

	AF ges. in %	Hö in %	Ha in %	MPI in %	KF in %
vor Men.	72,5	70	65	82,5	78
nach Men.	27,5	30	35	17,5	22

4.7.1.1 AF/KF
Bei gleicher Altersverteilung ist der prozentuale Anteil von Frauen, die bereits in der Postmenopause stehen, unter den Alkoholikerinnen etwas höher. Der Unterschied ist jedoch nicht signifikant.

4.7.1.2 AF-Gr
In der Ha-Gruppe befanden sich doppelt so viele Frauen wie in der MPI-Gruppe in der Postmenopause.

4.7.2 Diskussion

Großes Interesse gilt in der Literatur einer Beobachtung von LOLLI 1953, der bei Alkoholikerinnen eine hohe Rate gynäkologischer Eingriffe festgestellt und auf die mögliche Bedeutung der artifiziellen Menopause in der Genese des Alkoholismus bei Frauen hingewiesen hat.

Aus diesem Grund erhob der Referent bei vorzeitigem Menopausenbeginn der Probandinnen zusätzlich die eventuell durchgeführten Operationen.
Bei 8 Alkoholikerinnen gegenüber 3 Kontrollpatientinnen war ein Climacterium praecox infolge Totaloperation festzustellen.
Die Bedeutung dieses Faktums sollte vielleicht einmal an einem größeren Alkoholikerinnensample systematisch untersucht werden.

4.8 Altersunterschied des (Ehe-) Partners

4.8.1 Ergebnisse (Tab.8)

♂ : ♀	AF ges. in %	Hö in %	Ha in %	MPI in %	KF in %	AM in %
>10 J.jün.	0	0	0	0	4	0,83
6-10 J.jün.	4,17	2,5	5	5	3	5,83
2- 5 J.jün.	8,33	10	7,5	7,5	6	9,17
+-1 J.	19,17	12,5	15	30	19	27,5
2- 5 J.ält.	29,17	30	40	17,5	26	28,33
6-10 J.ält.	14,17	12,5	20	10	17	6,67
>10 J.ält.	11,67	15	5	15	9	4,17
allein leb.	13,33	17,5	7,5	15	16	17,5

Die Häufigkeitsverteilung bei Alkoholikerinnen ist weitgehend kongruent sowohl mit der bei Kontrollpatientinnen als auch mit der bei männlichen Alkoholikern; auch beim Vergleich der Klinikgruppen ergeben sich keine wesentlichen Unterschiede.

4.8.2 Diskussion

WALL 1937 teilt als erster die Beobachtung mit, daß von den Patientinnen einer amerikanischen Nervenklinik, die zu Beginn der zwanziger Jahre untersucht wurden, viele mit wesentlich älteren Männern verheiratet gewesen seien.
Von den Alkoholikerinnen, die von 1945 bis 1953 in der Universitätsnervenklinik Wien aufgenommen wurden und über die BERNER u. SOLMS 1953 berichten, haben 29% einen um mehr als 10 Jahre älteren Partner.
Auch WESSELY u. PERNHAUPT gehen 1973 dieser Frage nach. Der Anteil ihrer alkoholkranken Patientinnen mit einem mindestens 10 Jahre älteren Partner beträgt 20%.
Die Daten unserer Untersuchung bestätigen diese psychologisch auffälligen Befunde nicht.

4.9 Alkoholnaher Beruf (Produktion und Vertrieb von Alkohol)

4.9.1 Ergebnisse (Tab.9)

	AF ges, in %	Hö in %	Ha in %	MPI in %	KF in %	AM in %
Alkoholnahe Berufe	9,17	2,5	12,5	12,5	2	15
Andere Berufe	83,33	82,5	87,5	80	81	85
Nicht berufst.	7,5	15	0	7,5	17	0

4.9.1.1 AF/KF
Wesentlich mehr Alkoholikerinnen (9,2%) als Kontrollpatientinnen (2%) üben einen alkoholnahen Beruf aus. Der Unterschied ist signifikant ($p<0,025$).

4.9.1.2 AF-Gr
Während von der Hö-Gruppe nur eine Patientin in einem alkoholnahen Beruf arbeitet, sind dies in den beiden anderen Klinikgruppen jeweils 12,5%.

4.9.1.3 AF/AM
Gegenüber männlichen Alkoholikern (15%) sind Frauen seltener in einem alkoholnahen Beruf tätig. Der Unterschied ist jedoch nicht signifikant.

4.9.2 Diskussion

Seit langem ist bekannt, daß Personen, die einen alkoholnahen Beruf ausüben, in besonderem Maße alkoholismusmusgefährdet sind; im Vergleich zu früheren Untersuchungen ist ihr Anteil an der Gesamtstichprobe der alkoholkranken Frauen jedoch relativ niedrig.
Während von den Patientinnen, die SEYBERTH beschreibt, noch 40% einen alkoholnahen Beruf ausüben, liegen die entsprechenden Prozentsätze bei WESSELY u. PERNHAUPT mit 20% und MARCKWORT mit 16,7% bereits deutlich niedriger.
Unser Ergebnis spricht dafür, daß der Anteil dieser Personengruppe an der Gesamtzahl der Alkoholikerinnen weiter abnimmt. Dies dürfte wohl auf die Zunahme des Alkoholismus bei Frauen insgesamt zurückzuführen sein.

4.10 Beruflicher Abstieg

4.10.1 Ergebnisse (Tab.10)

	AF ges. in %	Hö in %	Ha in %	MPI in %	KF in %	AM in %
Berufl.Abstieg	8,33	2,5	17,5	5	0	47,5
Kein Abstieg	83,33	82,5	82,5	85	83	46,67
Nicht berufst.	8,33	15	0	10	17	5,83

4.10.1.1 AF/KF

Unter Alkoholikerinnen ist in 8,3% der Fälle beruflicher Abstieg festzustellen; unter Kontrollpatientinnen ist dies nicht zu beobachten.

4.10.1.2 AF-Gr

Am häufigsten trifft dies für Ha-Patientinnen (17,5%), seltener dagegen für MPI- und Hö-Frauen (5% bzw. 2,5%) zu.

4.10.1.3 AF/AM

Der Unterschied zu alkoholabhängigen Männern, bei denen in fast 50% der Fälle beruflicher Abstieg zu verzeichnen ist, ist hochsignifikant ($p<0,001$).

4.10.2 Diskussion

Beruflicher Abstieg erweist sich für Alkoholikerinnen im Vergleich zu Kontrollpatientinnen zwar als spezifisch; im Vergleich zu männlichen Alkoholikern ist die Häufigkeit jedoch wesentlich geringer. Dies war angesichts der

bei Frauen größeren Diskontinuität der Berufsausübung zu erwarten.

4.11 Soziale Schicht

4.11.1 Ergebnisse (Tab.11)

	AF ges. in %	Hö in %	Ha in %	MPI in %	KF in %	AM in %
UU	10	5	20	5	12	10,83
OU	25,83	27,5	30	20	33	39,17
UM	50	60	37,5	52,5	46	40,83
OM	11,67	5	12,5	17,5	8	7,5
O	0	0	0	0	0	0,83
andere	2,5	2,5	0	5	1	0,83

UU = Untere Unterschicht; OU = Obere Unterschicht
UM = Untere Mittelschicht; OM = Obere Mittelschicht
O = Oberschicht

4.11.1.1 AF/KF
Dichotomisierung nach Unter- und Mittelschicht ergibt, daß der Unterschicht lediglich 35,8% der Alkoholikerinnen gegenüber 45% der Kontrollpatientinnen zuzurechnen sind. Der Unterschied ist jedoch nicht signifikant.

4.11.1.2 AF-Gr
Während von der Hö- sowie der MPI-Gruppe jeweils mehr als zwei Drittel der Patientinnen der Mittelschicht angehören, sind 50% der Ha-Frauen der Unterschicht zuzuordnen.

4.11.1.3 AF/AM

Im Vergleich zu Männern gehören Alkoholikerinnen signifikant häufiger der Mittelschicht an (61,7%:48,3%; $p<0,05$).

4.11.2 Diskussion

Das Ergebnis zeigt, daß im Vergleich zu den Kontrollpatientinnen unter Alkoholikerinnen keine der sozialen Schichten signifikant über- oder unterrepräsentiert ist.

Beim Vergleich mit den männlichen Alkoholikern fällt auf, daß jene signifikant häufiger der Unterschicht zuzuordnen sind; dies hatte auch GUNDEL 1973 festgestellt.

4.12 Berufsverhältnis

4.12.1 Ergebnisse (Tab.12)

	AF				KF	AM
	ges. in %	Hö in %	Ha in %	MPI in %	in %	in %
Arbeiter	5	2,5	7,5	5	5	30,83
Angestellte	32,5	35	35	27,5	50	16,67
Selbständige	5,83	0	2,5	15	2	2,5
In Ausbildg.	0,83	0	0	2,5	1	2,5
Rentner	10	10	15	5	6	5,83
Arbeitslose	8,33	7,5	2,5	15	1	40
Hausfrauen o.Nebenbeschäftigg.	31,67	35	37,5	22,5	31	-
Hausfrauen m. Nebenbeschäftigg.	5,83	10	0	7,5	4	- (1,67% Soldat.)

4.12.1.1 AF/KF
Im Vergleich zu den Kontrollpatientinnen finden sich unter Alkoholikerinnen signifikant weniger Angestellte ($p<0,01$), jedoch mehr Selbständige und Rentnerinnen sowie signifikant mehr Arbeitslose (8,3%; $p<0,025$).

4.12.1.2 AF-Gr
Der Vergleich der Klinikgruppen ergibt, bezogen auf die Gesamtpopulation der Alkoholikerinnen, für Höchsten eine Überrepräsentation der Hausfrauen, für Haar der (Früh-)Rentnerinnen sowie für das MPI der Arbeitslosen, aber auch der Selbständigen.

4.12.1.3 AF/AM
Alkoholikerinnen sind signifikant häufiger im Angestelltenverhältnis ($p<0,01$) und seltener als Arbeiterinnen ($p<0,01$) beschäftigt als männliche Alkoholiker. Die Zahl der Arbeitslosen liegt wesentlich niedriger (8,3%:40%; $p<0,001$).

4.12.2 Diskussion

Bei der im Vergleich zu Kontrollpatientinnen höheren Arbeitslosenquote dürfte es sich ebenso wie bei dem höheren Anteil an (meist Früh-)Rentnerinnen um eine direkte Folgeerscheinung des langjährigen Alkoholabusus handeln.
Die Tatsache, daß Frauen im Vergleich zu Männern wesentlich seltener als Arbeiterinnen beschäftigt sind, findet sich auch in den Kontrollgruppen und entspricht der Situation auf dem Arbeitmarkt.
Bei dem unter Alkoholikerinnen gegenüber männlichen Alkoholikern signifikant niedrigeren Arbeitslosenanteil

ist der hohe Prozentsatz an Hausfrauen ebenso zu berücksichtigen wie die schon bei der Kategorie 'Beruflicher Abstieg' erwähnte Diskontinuität der Berufsausübung.

4.13 Sedativa

4.13.1 Ergebnisse (Tab.13)

	AF ges. in %	Hö in %	Ha in %	MPI in %	KF in %	AM in %
In therap. Dosis						
sporadisch	3,33	5	2,5	2,5	3	2,5
gelegentl.	4,17	5	2,5	5	4	7,5
häufig	20,83	7,5	20	35	14	10,83
In übertherap. Dosis						
sporadisch	3,33	5	5	0	0	0,83
gelegentl.	0	0	0	0	0	5
häufig	28,33	20	35	30	1	6,67
Keine Sedat.	40	57,5	35	27,5	78	66,67

4.13.1.1 AF/KF

60% der Alkoholikerinnen gegenüber lediglich 22% der Kontrollpatientinnen geben an, Sedativa einzunehmen. Der Unterschied ist hochsignifikant ($p<0,001$).

20,8% der Alkoholikerinnen, 14% der Kontrollfrauen tun dies mehrmals in der Woche in therapeutischer Dosierung. Deutlicher unterscheiden sich beide Gruppen hinsichtlich des Mißbrauchs von Sedativa. Von den Alkoholikerinnen geben 28,3% zu, mehrmals wöchentlich Sedativa in

übertherapeutischer Dosierung zu nehmen; unter den Kontrollpatientinnen ist dies nur einmal der Fall. Der Unterschied ist hochsignifikant ($p<0,001$).

4.13.1.2 AF-Gr
Gebrauch von Sedativa in therapeutischer Dosis ist bei MPI-Patientinnen, ein Abusus bei Ha-Patientinnen besonders häufig festzustellen.

4.13.1.3 AF/AM
Zwischen alkoholabhängigen Frauen und Männern zeigen sich erhebliche Unterschiede.
Wesentlich weniger Männer (33,3%) nehmen überhaupt Sedativa. Der Unterschied ist hochsignifikant ($p<0,001$).
Häufiger Gebrauch von Sedativa in therapeutischer Dosierung ist unter männlichen Alkoholikern ebenfalls seltener. Auch dieser Unterschied ist signifikant ($p<0,05$).
Am auffälligsten ist der Unterschied in der Häufigkeit von Sedativa-Abusus, der nur in 6,7% der Fälle vorkommt. Der Unterschied ist hochsignifikant ($p<0,001$).

4.13.2 Diskussion

Die unter Alkoholikerinnen im Vergleich zu Kontrollpatientinnen signifikant größere Verbreitung des Gebrauchs von Sedativa allgemein sowie der mißbräuchlichen Anwendung im besonderen beweist die diagnostische Relevanz dieser anamnestischen Angabe.
Während Medikamentenabusus 1954-64 von BERNER u. KRYSPIN-EXNER in 7% der Fälle beobachtet wird, stellen KRYSPIN-EXNER 1971 sowie WESSELY u. PERNHAUPT 1973 dies wie wir bei rund 30% der Alkoholikerinnen fest.

Bereits WANKE beschreibt einen im Vergleich zu männlichen Alkoholikern signifikant häufigeren Mißbrauch von Arzneimitteln durch alkoholabhängige Frauen.
Sowohl BROMET u. MOOS 1976 als auch MULFORD 1977 berichten bei weiblichen Alkoholikern häufigeren Gebrauch von Schlafmitteln und Tranquilizern.
Die bei den Alkoholikerinnen unserer Erhebung im Vergleich zu Männern viermal größere Häufigkeit von zusätzlichem Sedativa-Abusus wird durch neuere Untersuchungen von KRYSPIN-EXNER 1978 bestätigt.

4.14 Dauer des Alkoholismus

Angegeben ist die Zeitspanne seit dem erstmaligen Auftreten von Kontrollverlust, Unfähigkeit zur Abstinenz oder physischer,psychischer bzw.sozialer Störungen durch Alkoholabusus.
4.14.1 Ergebnisse (Tab.14)

	AF ges. in %	Hö in %	Ha in %	MPI in %	AM in %
1- 3 J.	31,67	15	35	45	0
4- 6 J.	25	32,5	17,5	25	15,83
7-10 J.	27,5	35	27,5	20	28,33
>10 J.	15,83	17,5	20	10	55,83
Mittelw.	6,8 J.	7,4 J.	7,6 J.	5,5 J.	13,9 J.

4.14.1.1 AF
Die durchschnittliche Dauer des Alkoholismus unserer Patientinnen beträgt 6,8 Jahre.
Der größte Teil der Probandinnen kommt nach relativ

kurzer Alkoholismus-Dauer zu ambulanter Beratung bzw. stationärer Aufnahme. 31,7% sind erst seit maximal 3 Jahren, 25% seit 4-6 Jahren alkoholabhängig. Patientinnen mit über 10jähriger Alkoholismusanamnese sind in unserem Sample am seltensten.

4.14.1.2 AF-Gr
Die MPI-Patientinnen weisen mit durchschnittlich 5,5 Jahren die kürzeste Anamnese auf; die Hö- und Ha-Patientinnen sind im Durchschnitt 2 Jahre länger alkoholabhängig.

4.14.1.3 AF/AM
Einer durchschnittlichen Alkoholismusdauer von 6,8 Jahren bei den Frauen steht eine mit 13,9 Jahren doppelt so lange bei den Männern gegenüber.
Während bei männlichen Alkoholikern eine bis zu 3jährige Anamnese überhaupt nicht erhoben wurde, ist die gegenläufige Häufigkeitsdifferenz in der Klasse 'Suchtdauer >10 J.'ebenso hochsignifikant (15,8%:55,8%; $p<0,001$). Die Unterteilung in zwei Klassen mit einer Alkoholismusdauer kürzer bzw. länger als sechs Jahre ergibt in Klasse 1 eine Relation von 56,7%: 15,8%, in Klasse 2 von 43,3%: 84,2% (jeweils $p<0,001$).

4.14.2 Diskussion

Im Vergleich zu den Ergebnissen, die in den bisherigen Untersuchungen berichtet werden, erweist sich die Alkoholismusanamnese unserer Patientinnen als relativ kurz. Die chronologische Ordnung der Arbeiten nach dem jeweiligen Untersuchungszeitraum ergibt für 1945-53 (BERNER u. SOLMS) eine Dauer von 13 Jahren, für 1954-64

(BERNER u. KRYPIN-EXNER) von 11,5, für 1960 (KINSEY) von 11,4 sowie für 1968-71 (WESSELY u. PERNHAUPT) von 6,3 Jahren. Unser Ergebnis bestätigt somit den sich deutlich abzeichnenden Trend, daß Alkoholikerinnen im Gegensatz zu früher mit kürzerer Alkoholismusanamnese zur Aufnahme gelangen. Die unter 4.1.2 diskutierte Frage läßt sich dahingehend beantworten, daß die Alkoholikerinnen vorliegender Erhebung nicht in früheren Jahren alkoholabhängig wurden, sondern nach deutlich kürzerer Alkoholismusdauer ärztliche Hilfe suchen.

Zu dem Ergebnis, daß Frauen im Vergleich zu männlichen Alkoholikern nach wesentlich kürzerer Alkoholismusdauer zur stationären Aufnahme gelangen, kommen bisher alle Untersuchungen, die eine Männer-Vergleichsgruppe berücksichtigten.
Während das entsprechende Verhältnis von BERNER u. KRYSPIN-EXNER 1965 mit 11,5:15,5 Jahren sowie von WESSELY u. PERNHAUPT 1973 mit 6,3:9,2 Jahren ($p<0,01$) angegeben wird, ist das Ausmaß des Unterschiedes in unserer Untersuchung mit 6,9:13,9 Jahren größer.
Dies wird unterschiedlich gedeutet. Während CURLEE feststellt, daß Frauen dazu neigen, über die Dauer ihres Alkoholismus zu niedrige Angaben zu machen, erheben WANBERG u. KNAPP dagegen Bedenken und diskutieren drei andere mögliche Ursachen: größere Aufgeschlossenheit von Frauen einer Behandlung gegenüber, stärkeren sozialen Druck oder größere Progredienz ihres Alkoholismus.

4.15 Alkoholismus-Typ (nach JELLINEK)

Die Zuordnung erfolgte nach den Angaben des behandelnden Arztes.

4.15.1 Ergebnisse (Tab.15)

	AF ges. in %	Hö in %	Ha in %	MPI in %	AM in %
Alpha	5	0	0	15	0
Beta	0	0	0	0	0
Gamma	79,17	95	82,50	60	87,5
Delta	5,83	0	0	17,5	8,33
Epsilon	10	5	17,5	7,5	4,17

4.15.1.1 AF

Bei der überwiegenden Mehrheit der Patientinnen wurde Gamma-Alkoholismus diagnostiziert (79,2%); in 10% der Fälle handelte es sich um Epsilon-Trinkerinnen, während Delta- sowie Alpha-Alkoholismus nur in 5,8% bzw. 5% der Fälle vorlag.

4.15.1.2 AF-Gr

Während in Höchsten und Haar mit einer Häufigkeit von 95% bzw. 82,5% Gamma-Alkoholismus diagnostiziert wurde und daneben nur noch Epsilon-Alkoholismus (5% bzw. 17,5%), beträgt im MPI-Sample der Anteil der Gamma-Alkoholikerinnen nur 60%; in dieser Klinikgruppe wurde außerdem Epsilon- (7,5%), Alpha- (15%) und vor allem Delta-Alkoholismus (17,5%) diagnostiziert.

4.15.1.3 AF/AM

Die Häufigkeitsverteilung der verschiedenen Alkoholikertypen unterscheidet sich kaum von derjenigen bei männlichen Alkoholikern. Gamma- sowie Delta-Alkoholismus sind unter männlichen Probanden etwas häufiger, Epsilon-Alkoholismus dagegen etwas seltener und Alpha-Alkoholismus überhaupt nicht vertreten. Sämtliche Unterschiede sind nicht signifikant.

4.15.2 Diskussion

Das starke Überwiegen von Gamma-Alkoholismus bei Frauen steht in Übereinstimmung mit den entsprechenden Ergebnissen der einschlägigen Untersuchungen.
Während BERNER u. KRYSPIN-EXNER für die Jahre 1954 bis 64 in 58,3% der Fälle Alcoholismus chronicus sowie in 32% der Fälle chronischen Alkoholmißbrauch beschreiben, teilen WESSELY u. PERNHAUPT für den Zeitraum von 1968 bis 1971 eine Relation von 65% Gamma- zu 35% Delta-Trinkerinnen mit. Im Vergleich dazu ist das Überwiegen von Gamma- gegenüber Delta-Alkoholismus bei den Frauen unserer Untersuchung mit 79%:6% noch deutlicher und entspricht am ehesten dem Häufigkeitsverhältnis, das FEUERLEIN u. KUNSTMANN für die zwischen 1969 und 1971 an der Poliklinik des MPI untersuchten Patientinnen mitteilen. 71% der Frauen wurden damals als chronische Alkoholikerinnen nach ICD-Nr. 303.2 , 20% als Gewohnheitstrinkerinnen nach ICD.Nr. 303.1 diagnostiziert.

Beim Vergleich von weiblichen und männlichen Alkoholikern beobachten sowohl WESSELY u. PERNHAUPT als auch FEUERLEIN u. KUNSTMANN unter Männern signifikant mehr Delta-Trinker. Ein ähnlich deutlicher Unterschied läßt sich bei unserer Erhebung nicht beobachten.

4.16 Nebendiagnose

4.16.1 Ergebnisse (Tab.16)

	AF ges. in %	Hö in %	Ha in %	MPI in %	KF in %	AM in %
ohne	24,17	0	12,5	60	95	65
Neurose	19,17	12,5	32,5	12,5	3	5,83
Psychopath.	40	87,5	32,5	0	0	12,5
Med.abhgkt.	12,5	0	12,5	25	1	3,33
andere	4,17	0	10	2,5	1	13,33

4.16.1.1 AF/KF

75,8% der Alkoholikerinnen gegenüber 5% der Kontrollpatientinnen erhielten eine psychiatrische Nebendiagnose; der Unterschied ist hochsignifikant ($p<0,001$). Dies gilt auch für die einzelnen Untergruppen Neurose, Psychopathie und andere Nebendiagnosen (jeweils $p<0,001$).

4.16.1.2 AF-Gr

Die Häufigkeit, mit der psychiatrische Diagnosen gegeben wurden, war in den einzelnen Kliniken unterschiedlich. Während in Höchsten sämtliche Patientinnen und in Haar 87,5% eine Nebendiagnose erhielten, traf dies für die Patientinnen der MPI-Gruppe nur in 40% der Fälle zu. Die Unterschiede zwischen Hö- bzw. Ha- und MPI-Gruppe sind hochsignifikant ($p<0,001$), zwischen Hö- und Ha-Gruppe signifikant ($p<0,025$).

4.16.1.3 AF/AM

Im Vergleich zu männlichen Alkoholikern erhielten Frauen

wesentlich häufiger eine psychiatrische Nebendiagnose (75,8%:35%). Der Unterschied ist hochsignifikant ($p<0,001$).
Bei beiden Geschlechtern wurden Psychopathien häufiger diagnostiziert als Neurosen.

4.16.1.4 Art der Neurosen und Psychopathien

Um einen Einblick zu gewinnen, ob unter Alkoholikerinnen bestimmte Persönlichkeitsstrukturen vorherrschen, wurden die Diagnosen 'Neurose' und 'Psychopathie' spezifiziert. Dabei wurden auch die Nebendiagnosen berücksichtigt, die bei einigen Patientinnen an zweiter Stelle genannt waren und aus technischen Gründen mit dem Rechenprogramm nicht erfaßt werden konnten, so daß sich gegenüber Tab.16 geringfügig höhere Werte ergeben.

Tab.17: Art der Neurosen und Psychopathien

ICD-Nr.	Diagnose	%	
300	Neurose	20,8	
300.0	Angstneurose		3,3
300.1	Hysterische Neurose		3,3
300.3	Zwangsneurose		0,8
300.4	Depressive Neurose		12,5
300.9	Nicht näher bez. Neurose		0,8
301	Psychopathie	45,0	
301.1	Depressive Persönlichkeit		15,8
301.4	Anankastische Persönlichkeit		1,7
301.5	Hysterische Persönlichkeit		11,7
301.8	Andere Persönlichk.störung		15,0
301.9	Nicht näher bez. Pers.störung		0,8

Am häufigsten sind demnach depressive (28,3%) und hysterische (15%) Persönlichkeitsstrukturen.

4.16.2 Diskussion

Beim Vergleich der Häufigkeiten der einzelnen Nebendiagnosen von Alkoholikerinnen mit den Ergebnissen aus der Literatur erweist sich die Psychopathierate als relativ hoch (WALL 16%, VAN AMBERG 40%, BERNER u. SOLMS 9%, BERNER u. KRYSPIN-EXNER 32,9%, WESSELY u. PERNHAUPT 24,4%), die Häufigkeit von Neurose dagegen als eher gering (BERNER u. SOLMS 33%, PASCUIN u. CSOUF 20%, BERNER u. KRYSPIN-EXNER 40%, WESSELY u. PERNHAUPT 66,7%).

Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Literatur zeigt sich in der Häufigkeit depressiver Symptomatik. Während BOCHNIK et al. bei einem Drittel der Alkoholikerinnen 'chronische Depressivität' feststellen, erhalten 31% der Patientinnen, über die BELFER et al. berichten, die Zusatzdiagnose 'depressive Reaktion'.
Beim Vergleich der Geschlechter beobachten wir ebenso wie WESSELY u. PERNHAUPT Neurosen bei Frauen häufiger; die Häufigkeitsdifferenz, die sie mit 66,7%:28,3% angeben, ist in unserer Erhebung allerdings wesentlich geringer (20%:5,8%).
Abweichend von den Resultaten WESSELYs u. PERNHAUPTs ermitteln wir in unserer Untersuchung unter Alkoholikerinnen eine etwas höhere Psychopathierate. Damit befinden wir uns in Übereinstimmung mit WALL, der mit 16%:12% unter Frauen Psychopathie ebenfalls häufiger beobachtet ; wir können allerdings mit 42,5%:5,8% einen deutlicheren Unterschied feststellen.
Die größere Häufigkeit, mit der wir bei Frauen im Vergleich zu männlichen Alkoholikern depressive Strukturen

beobachten (30,8%:7,5%), bestätigt entsprechende Ergebnisse von WINOKUR u. CLAYTON für die Zweitdiagnose 'depressive Reaktion' (31%:19%).
Beim Vergleich der Häufigkeiten von Neurosen bzw. Psychopathien bei Frauen und Männern ist zu berücksichtigen, daß Frauen überhaupt wesentlich öfter eine psychiatrische Nebendiagnose erhielten.
Ein höheres Maß an Psychopathologie bei Alkoholikerinnen im Vergleich zu männlichen Alkoholikern berichteten u.a. bereits LISANSKY sowie CURLEE. PEMBERTON erwägt als Erklärung für die Unterschiede, daß vielleicht generell nur Frauen mit ernsthafteren Persönlichkeitsstörungen die für Frauen strengeren sozialen Normen durchbrechen und Alkoholikerin werden.
Da entsprechende Daten über die prämorbide Persönlichkeit unserer Alkoholikerinnen fehlen, kann dazu jedoch nicht Stellung genommen werden.
Nicht ganz auszuschließen ist allerdings, daß hier Einstellungen der untersuchenden Ärzte zum Ausdruck kommen, die bei der alkoholabhängigen Frau eher geneigt sind, entsprechende Auffälligkeiten festzuhalten.

5. Fremdbeurteilungsfragebogen (FBF): Ergebnisse und Diskussion

5.1 Übersicht

5.1.1 AF/KF (Tab.18,S.45)

5.1.1.1 Häufigkeiten

Die Häufigkeiten, mit denen die einzelnen Krankheitsbilder und Auffälligkeiten vorkommen, streuen erwartungsgemäß bei Alkoholikerinnen stärker als bei Kontrollpersonen. Die Werte reichen von 76% (F 42 Spezif.Therapieversuche) bis zu 0% (F 36 Wernicke-Korsakow-Syndrom). Bei den Kontrollpatientinnen liegt die größte Häufigkeit bei 30% (F 33 Übergewicht).

5.1.1.2 Häufigkeitsdifferenzen

Die Rangreihe der Häufigkeitsdifferenzen reicht von 76% (F 42 Spezif.Therapieversuche) bis zu 0% (F 36 Wernicke-Korsakow-Syndrom, F 48 Vater Alkoholiker); ein Item trifft für Kontrollpatientinnen häufiger zu (F 54 Jüngstes Kind von mind. drei).

5.1.1.3 Trennfähigkeit der Einzelitems

Von den 32 FBF-Items trennen 4 Items nicht signifikant (F 32 Hypertonie, F 33 Übergewicht, F 48 Vater Alkoholiker, F 54 Jüngstes Kind von mind. drei). Für 9 Items konnte der Chi-Quadrat-Test nicht durchgeführt werden, weil die erwartete Gesamthäufigkeit unter 5% lag (F 26 Pankreatitis, F 30 Magenresektion, F 31 Karzinom, F 35 Kleinhirnatrophie, F 36 Wernicke-Korsakow-Syndrom, F 37 Halluzinose, F 41 Brandnarben, F 45 Techn. Alkohole, F 52 Asozialenstatus). Von den verbleibenden 19 Items erreichten 2 Items niedriges

($p<0,05$), die übrigen 17 hohes Signifikanzniveau ($p<0,001$).

5.1.1.4 Trennfähigkeit der Summe der FBF-Items
Die Trennfähigkeit des FBF erweist sich insgesamt als gut. Die Summe aller Häufigkeitsdifferenzen ergibt einen hochsignifikanten Unterschied zwischen Alkoholikerinnen und Kontrollpersonen ($p<0,001$, Wilcoxon).

5.1.2 AF-Gr (Tab.19,S.46)

Bei 12 Items ergeben sich zwischen den Alkoholikerinnen der drei Kliniken signifikante Häufigkeitsunterschiede.

5.1.3 AF/AM (Tab.20,S.48)

Bei 15 Items lassen sich zwischen weiblichen und männlichen Alkoholikern signifikante Unterschiede feststellen. Davon treffen 5 Items für Frauen häufiger, 10 seltener zu. Von allen 32 Items treffen ebenfalls die meisten bei Alkoholikerinnen seltener zu; die Summe der Häufigkeitsdifferenzen ergibt jedoch keinen signifikanten Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Alkoholikern (Wilc.).

5.1.4 F/M

Für etwas mehr FBF-Items ergeben sich in der Männerstichprobe größere Häufigkeitsdifferenzen zwischen Alkoholiker- und Kontrollgruppe. Der Unterschied zur Frauenstichprobe erweist sich jedoch als nicht signifikant (Wilc.).

Tab.18: FBF - Ergebnisse AF/KF

FBF Nr.	Item	AF Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	KF Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	Häufigkeitsdiff.	Häufigkeitsquott.	x^2	Signifikanz p <
23	Leber	60	6	54	10	67,45	0,001
24	Leberanamnese	47	11	36	4	31,27	0,001
25	Gamma-GT	75	10	65	8	90,61	0,001
26	Pankreas	4	3	1	1	-	-
27	Pankreasanamnese	12	0	12	∞	11,1	0,001
28	Gastritis	34	3	31	11	33,11	0,001
29	Gastritisanamnese	61	23	38	3	32,87	0,001
30	Magenresektion	2	1	1	2	-	-
31	Karzinom	1	0	1	-	-	-
32	Hypertonie	20	17	3	1	0,48	n.s.
33	Übergewicht	41	30	11	1	2,87	n.s.
34	Polyneuropathie	26	0	26	∞	29,71	0,001
35	Kleinhirndegenerat.	1	0	1	-	-	-
36	Wernicke-Korsakow	0	0	0	-	-	-
37	Halluzinose	3	0	3	∞	-	-
38	Delirium tremens	33	0	33	∞	39,99	0,001
39	Halluzinationen	34	0	34	∞	43,55	0,001
40	Zigaretten	33	20	13	2	4,57	0,05
41	Brandwunden	8	0	8	∞	-	-
42	Therapieversuche	76	0	76	∞	127,12	0,001
43	Alk.-Kons. 150 ml/d	72	0	72	∞	117,13	0,001
44	Alk.-Kons.300 ml/Wo	48	0	48	∞	63,95	0,001
45	Techn. Alkohole	6	0	6	∞	-	-
46	Toleranzbruch	53	7	46	8	61,36	0,001
47	Alk.-Foetor	49	0	49	∞	68,05	0,001
48	Vater Alkoholiker	8	8	0	1	0,02	n.s.
49	Mutter Alkoholikerin	9	2	7	5	11,84	0,025
50	Partner Alkoholiker	32	10	22	3	15,47	0,001
51	Familie sucht Rat	60	0	60	∞	90,61	0,001
52	Asozialen-Status	3	0	3	∞	-	-
53	Wohnungswechsel	11	0	11	∞	11,84	0,001
54	Jüngstes Kind von mind. drei	15	18	-3	< 1	0,54	n.s.

Tab.19: FBF - Ergebnisse AF-Gr

FBF Nr.	Item	Hö Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	Ha Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	MPI Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	Signifikante Unterschiede zwischen den Klinikgr.	AF ges. Häufigkeit d. Ja-Antw. in %
23	Leber	50	72,5	57,5	Ha>Hö;p<0,05	60
24	Leberanamnese	37,5	57,5	45,0		47
25	Gamma-GT	70	95	60	Ha>Hö;p<0,01 Ha>MPI;p<0,001	75
26	Pankreas	0	0	12,5	MPI>Hö;p<0,025 MPI>Ha;p<0,025	4
27	Pankreasanamnese	10	12,5	12,5		12
28	Gastritis	7,5	47,5	47,5	Ha>Hö;p<0,001 MPI>Hö;p<0,001	34
29	Gastritisanamnese	57,5	70	55		61
30	Magenresektion	0	2,5	2,5		2
31	Karzinom	0	0	2,5		1
32	Hypertonie	27,5	15	17,5		20
33	Übergewicht	30	45	47,5		41
34	Polyneuropathie	30	25	22,5		26
35	Kleinhirndegenerat.	0	0	2,5		1
36	Wernicke-Korsakow	0	0	0		0
37	Halluzinose	0	2,5	5		3
38	Delirium tremens	25	47,5	27,5	Ha>Hö;p<0,05	33
39	Halluzinationen	25	47,5	30	Ha>Hö;p<0,05	34
40	Zigaretten	35	37,5	25		33
41	Brandwunden	10	5	7,5		8
42	Therapieversuche	82,5	72,5	72,5		76
43	Alk.-Kons. 150 ml/d	92,5	67,5	55	Hö>MPI;p<0,001 Hö>Ha;p<0,01	72
44	Alk.-Kons.300 ml/Wo	67,5	42,5	35	Hö>MPI;p<0,01 Hö>Ha;p<0,05	48
45	Techn. Alkohole	15	2,5	0	Hö>MPI;p<0,025 Hö>Ha;p<0,05	6
46	Toleranzbruch	47,5	55	55		53
47	Alkohol-Foetor	32,5	62,5	50	Ha>Hö;p<0,01	49
48	Vater Alkoholiker	5	7,5	12,5		8
49	Mutter Alkoholikerin	10	5	12,5		9
50	Partner Alkoholiker	27,5	45	22,5	Ha>MPI;p<0,05	32

FBF Nr.	Item	Hö Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	Ha Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	MPI Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	Signifikante Unterschiede zwischen den Klinikgr.	AF ges. Häufigkeit d. Ja-Antw. in %
51	Familie sucht Rat	77,5	45	57,5	Hö>Ha;p<0,01	60
52	Asozialen-Status	2,5	2,5	5		3
53	Wohnungswechsel	12,5	15	5		11
54	Jüngstes Kind von mind. drei	17,5	15	12,5		15

Tab.20: FBF - Ergebnisse AF/AM

FBF Nr.	Item	AF Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	AM Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	Häufigkeitsdiff.	Signifikante Unterschiede p<
23	Leber	60	60	0	
24	Leberanamnese	47	61	-14	0,05
25	Gamma-GT	75	38	37	0,001
26	Pankreas	4	3	1	
27	Pankreasanamnese	12	8	4	
28	Gastritis	34	34	0	
29	Gastritisanamnese	61	66	-5	
30	Magenresektion	2	14	-12	0,001
31	Karzinom	1	0	1	
32	Hypertonie	20	26	-6	
33	Übergewicht	41	29	12	
34	Polyneuropathie	26	44	-18	0,01
35	Kleinhirndegenerat.	1	1	0	
36	Wernicke-Korsakow	0	2	-2	
37	Halluzinose	3	15	-12	0,001
38	Delirium tremens	33	27	6	
39	Halluzinationen	34	41	-7	
40	Zigaretten	33	73	-40	0,001
41	Brandwunden	8	48	-40	0,001
42	Therapieversuche	76	66	10	
43	Alk.-Kons. 150 ml/d	72	98	-26	0,001
44	Alk.-Kons.300 ml/Wo	48	88	-40	0,001
45	Techn. Alkohole	6	8	-2	
46	Toleranzbruch	53	63	-10	
47	Alkohol-Foetor	49	58	-9	
48	Vater Alkoholiker	8	23	-15	0,01
49	Mutter Alkoholikerin	9	3	6	0,05
50	Partner Alkoholiker	32	8	24	0,001
51	Familie sucht Rat	60	46	14	0,05
52	Asozialenstatus	3	15	-12	0,01
53	Wohnungswechsel	11	32	-21	0,001
54	Letztes Kind von mindestens drei	15	14	1	

5.2 Leber

5.2.1 Ergebnisse

5.2.1.1 Lebererkrankung bei Aufnahme und in der Vorgeschichte

5.2.1.1.1 AF/KF

Bei der Aufnahmeuntersuchung konnten Hepatopathien bei 60% der Alkoholikerinnen und 6% der Kontrollpatientinnen diagnostiziert werden. Der Unterschied ist hochsignifikant ($p<0,001$).
Anamnestisch waren bei 47% der Alkoholikerinnen sowie 11% der Kontrollpatientinnen Hepatopathien zu erheben. Auch dieser Unterschied ist hochsignifikant ($p<0,001$).

5.2.1.1.2 AF-Gr

Die höchste Hepatopathierate bei der Aufnahme wurde in Haar beobachtet.Sie liegt bei 72,5%.
Auch bei den anamnestisch erhobenen Hepatopathien ergab sich für die Ha-Gruppe mit 57,5% die größte Häufigkeit.

5.2.1.1.3 AF/AM

Die Aufnahmeuntersuchung ergab für männliche und weibliche Alkoholiker die gleiche Hepatopathierate (60%). Dagegen waren anamnestisch bei Frauen seltener (47%) Lebererkrankungen zu erheben als bei männlichen Alkoholikern (61%). Der Unterschied ist schwach signifikant ($p<0,05$).

5.2.1.2 Erhöhte Gamma-GT

5.2.1.2.1 AF/KF
Bei 75% der Alkoholikerinnen sowie 10% der Kontrollpatientinnen war bei Aufnahme ein über die Norm erhöhter Anstieg der Gamma-GT-Aktivität festzustellen. Der Unterschied erweist sich als hochsignifikant ($p<0,001$).

5.2.1.2.2 AF-Gr
Auch dies traf für die Ha-Patientinnen (95%) am häufigsten zu.

5.2.1.2.3 AF/AM
Der bei Frauen im Vergleich zu den Männern wesentlich größere Prozentsatz erhöhter Gamma-GT ist darauf zurückzuführen, daß bei einer geringeren Anzahl von Männern überhaupt entsprechende Daten vorlagen. Bezieht man die Zahl der Fälle mit erhöhter Gamma-GT auf die Anzahl der jeweils durchgeführten Untersuchungen, so ergibt sich nur noch ein Häufigkeitsverhältnis von 86,5%:73% ($p<0,05$).

5.2.2 Diskussion

Die hepatologischen Items zeigen jeweils eine hohe Trennfähigkeit.
Besonders die Gamma-GT bestätigt sich, wie auch schon in etlichen anderen Untersuchungen, z.B. der von FERENCI et al.,als Leitenzym für alkoholtoxische Leberschäden (SCHMIDT u. BÄR).
In Anbetracht unserer Ergebnisse, nach denen bei Frauen im Vergleich zu Männern trotz kürzerer Alkoholismusdauer und durchschnittlich geringeren täglichen Alkohol-

konsums (cf.5.16,S.66) ebenso häufig Hepatopathien festzustellen sind, ist auf die Frage einzugehen, ob bei Frauen die leberschädigende Grenze vielleicht niedriger anzusetzen ist als bei Männern.
In diesem Zusammenhang wird in letzter Zeit häufig auf THALER (1977) verwiesen, der für Frauen bei einem täglichen Alkoholkonsum von mehr als 20-40 g ein erhöhtes Cirrhoserisiko angibt.
Diese Zahl ist jedoch mit Zurückhaltung zu beurteilen. Sie ist abgeleitet aus den Ergebnissen einer ernährungswissenschaftlichen Studie von PEQUIGNOT (1974), der bei Cirrhosekranken einen deutlich höheren Alkoholtageskonsum ermittelte als bei nicht cirrhosekranken Kontrollpersonen. Dabei lag der durchschnittliche Tageskonsum von cirrhosekranken Frauen mit 52 g deutlich niedriger als der von Männern mit 132 g. Da PEQUIGNOT bei der Berechnung die Probanden mit Cirrhose nicht alkoholischer Genese nicht aus dem Sample ausgeschieden hatte, dürfte der von THALER angegebene kritische Schwellenwert zu niedrig angesetzt sein.
Ein höheres Cirrhoserisiko der Frauen im Vergleich zu Männern wird allerdings auch in anderen Arbeiten beschrieben.
WILKINSON et al.(1971) teilen die Resultate von Untersuchungen an 825 männlichen und 175 weiblichen Alkoholikern mit, die zwischen 1964 und 1969 an einer Alkoholismusklinik in Melbourne durchgeführt wurden. Die Dauer des Alkoholismus war im Mittel bei Frauen mit 12,6 Jahren deutlich kürzer als bei Männern mit 18,8 Jahren. Auch der angegebene durchschnittliche Tageskonsum lag bei Frauen mit 170 g niedriger als bei Männern (265 g). Dennoch stellten die Autoren bei 14,9% der Frauen, jedoch nur 7,6% der Männer eine bioptisch

gesicherte Lebercirrhose fest. Der Unterschied erweist sich als signifikant ($p<0,01$).
Auch in zwei neueren Untersuchungen werden entsprechende Ergebnisse mitgeteilt.
1975 untersuchten MORGAN u. SHERLOCK am Royal Free Hospital in London 77 Männer und 23 Frauen mit alkoholischer Hepatopathie. Alle Patienten tranken mindestens 100 g Alkohol täglich, die Frauen durchschnittlich 16,8, die Männer 20,4 Jahre lang. Dennoch konnten Hepatopathien (alkoholische Hepatitis, alkoholische Cirrhose) bei Frauen (86%) häufiger als bei Männern (65%) bioptisch nachgewiesen werden.
1979 berichten MAIER et al. ein ähnliches Resultat. Sie beobachteten an der Medizinischen Universitätsklinik in Freiburg Patienten mit alkoholischen Hepatopathien (alk.Fettleber, alk.Hepatitis, alk.Cirrhose) über mehrere Jahre laborchemisch und histologisch. Im Vergleich zu Männern stellten sie unter Frauen trotz wesentlich niedrigeren Alkoholkonsums (mehr als 50% der Frauen tranken weniger als 100 g, mehr als 80% der Männer mehr als 100 g Alkohol) eine fast doppelt so hohe Cirrhoserate fest.
Als Ursache für diese Prädisposition von Frauen für alkoholische Hepatopathien werden die niedrigere Abbaurate der Leber genannt und daneben hormonelle Faktoren in Erwägung gezogen. Schließlich könnte auch eine geringere Offenheit von Alkoholikerinnen bei der Angabe ihrer Trinkmengen eine Rolle spielen.
Es erscheint in diesem Zusammenhang von Bedeutung, daran zu erinnern, daß bei 28% unserer Alkoholikerinnen und damit viermal häufiger als bei den alkoholabhängigen Männern zusätzlich zum Alkoholabusus fortgesetzter Mißbrauch von Sedativa festzustellen war. Außerdem wäre der

bei Frauen häufigere Laxantienabusus zu bedenken, der in dieser Erhebung zwar nicht systematisch erfaßt, aber von den Patientinnen häufig spontan berichtet wurde.

EISENBURG konnte bei mehr als 40% von 2000 Alkoholikern zusätzlich andere potentiell Cirrhose erzeugende Faktoren nachweisen. Er stellt fest:
"Die Kombination von Alkoholüberkonsum mit anderen leberschädigenden Faktoren wie Virushepatitis, Medikamenten- und Drogenmißbrauch, infektiös-toxischen Einflüssen einschließlich Endotoxinen, Fehl- und Mangelernährung erhöht das Zirrhoserisiko."(S.144)
Die Häufigkeit dieser Faktoren sollte in gezielten Untersuchungen an weiblichen und männlichen Alkoholikern einmal systematisch erhoben und deren Korrelation mit alkoholischer Hepatopathie vergleichend ausgewertet wer werden.

5.3 Pankreatitis bei Aufnahmeuntersuchung und in der Vorgeschichte

5.3.1 Ergebnisse

5.3.1.1 AF/KF

Bei stationärer Aufnahme hatten 4% der Alkoholikerinnen, aber auch 3% der Kontrollpatientinnen eine Pankreatitis.

Anamnestisch war eine Pankreatitis bei Kontrollpersonen nicht, bei Alkoholikerinnen in 12% der Fälle zu erheben; dieser Unterschied ist hochsignifikant ($p<0,001$).

5.3.1.2 AF-Gr

Die Patientinnen mit Pankreatitis zur Zeit der stationären Aufnahme gehören ausnahmslos zur Ha-Gruppe.

Die Fälle von Pankreatitis in der Vorgeschichte ver-

teilen sich in etwa gleichmäßig auf die drei Kliniken.

5.3.1.3 AF/AM
Bei den Männern wurde bei Aufnahme in 3% der Fälle eine Pankreatitis diagnostiziert.
Mit 8% ist die Häufigkeit einer anamnestisch zu belegenden Pankreatitis unter männlichen Alkoholikern etwas geringer als unter weiblichen.

5.3.2 Diskussion

In vorliegender Untersuchung erweist sich die Trennfähigkeit von Pankreatitis bei der Aufnahme als schwach. Da es sich bei den Alkoholikerinnen nur zu einem kleinen Teil um Patientinnen von Internen Abteilungen handelte, ist dies nicht überraschend.
Die Tatsache, daß eine Pankreatitisanamnese immerhin bei 12% der Alkoholikerinnen, nicht aber bei den Kontrollpatientinnen zu erheben war, unterstreicht jedoch die Valenz der Pankreatitis für die Alkoholismusdiagnostik.

5.4 Gastritis bei Aufnahmeuntersuchung und in der Vorgeschichte

5.4.1 Ergebnisse

5.4.1.1 AF/KF
34% der Alkoholikerinnen, jedoch nur 3% der Kontrollpatientinnen boten bei stationärer Aufnahme eine Gastritis. Der Unterschied ist hochsignifikant ($p<0,001$).
In der Vorgeschichte hatten 61% der Alkoholikerinnen gegenüber 23% der Kontrollpatientinnen eine Gastritis. Auch dieser Unterschied ist hochsignifikant ($p<0,001$).

5.4.1.2 AF-Gr
Während von den Ha- und MPI-Patientinnen jeweils fast 50% bei der Aufnahme unter gastritischen Beschwerden litten, lag der Prozentsatz in Höchsten nur bei 7,5%. Die Unterschiede zu Höchsten sind jeweils hochsignifikant. ($p<0,001$).
Anamnestisch war Gastritis am häufigsten bei den Ha-Patientinnen, am seltensten bei den MPI-Patientinnen zu erheben.

5.4.1.3 AF/AM
Zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme lag die Gastritisrate bei Männern ebenfalls bei 34%.
Auch hinsichtlich der Häufigkeit von Gastritis in der Vorgeschichte ergab sich kein wesentlicher Unterschied(61%:66%).

5.4.2 Diskussion

Die im Vergleich zu Kontrollpatientinnen unter Alkoholikerinnen anamnestisch dreifach, bei Aufnahme zehnfach höhere Morbidität beweist die hohe diagnostische Wertigkeit der Gastritis. Dabei beobachten wir mit 34% bei Aufnahme wesentlich mehr Gastritiden, als dies zuletzt BERNER u. SOLMS mit 4% beschrieben.
Für unsere Stichprobe erweist sich das Item als geschlechtsunabhängig.

5.5 Magenresektion in der vorgeschichte

5.5.1 Ergebnisse

5.5.1.1 AF/KF
Der Anteil magenresezierter Patientinnen ist sowohl in Versuchs- als auch Kontrollgruppe minimal (2%:1%).

5.5.1.2 AF-Gr
Die beiden magenresezierten Patientinnen gehören zur Ha- bzw. MPI-Gruppe.

5.5.1.3 AF/AM
Unter den männlichen Alkoholikern liegt der Prozentsatz magenresezierter Patienten mit 14% deutlich höher.

5.5.2 Diskussion

Auf Grund der vorliegenden Resultate scheint Magenresektion zumindest bei einer Frauenstichprobe diagnostisch wenig relevant zu sein.
Dies bestätigt frühere Untersuchungen, in denen vergleichbar niedrige Zahlen magenresezierter Alkoholikerinnen mitgeteilt sowie eine geringere Häufigkeit von Magenresektion im Vergleich zu männlichen Alkoholikern festgestellt wurden. Bei der Untersuchung von 500 unausgewählten stationär behandelten Alkoholikern verschiedener württembergischer psychiatrischer Landeskrankenhäuser fanden DICK et al. 2,5% Magenresezierte unter den Frauen sowie 5,8% unter den Männern. WESSELY u. PERNHAUPT beobachteten unter alkoholabhängigen Frauen einen Zustand nach Magenresektion ebenfalls in 2,5%, unter Männern dagegen in 20,5% der Fälle.

5.6 Karzinome der oberen Verdauungswege

5.6.1 Ergebnisse

Lediglich bei einer Alkoholikerin war ein solches Karzinom bekannt. Bei Kontrollpatientinnen und männlichen Alkoholikern kam es nicht vor.

5.6.2 Diskussion

Bei der Beurteilung der geringen Häufigkeit ist zu berücksichtigen, daß in unserer Stichprobe Alkoholikerinnen von Chirurgischen Stationen nicht vertreten waren.

5.7 Hypertonie und Adipositas

5.7.1 Ergebnisse

5.7.1.1 Hypertonie

5.7.1.1.1 AF/KF
20% der Alkoholikerinnen sowie 17% der Kontrollpatientinnen hatten eine Hypertonie. Der Unterschied ist nicht signifikant.

5.7.1.1.2 AF-Gr
Die meisten Fälle von Hypertonie fanden wir mit 27,5% unter den Hö-Patientinnen.

5.7.1.1.3 AF/AM
Mit 26% kam Hypertonie unter den alkoholabhängigen Männern etwas häufiger vor; der Unterschied ist jedoch nicht signifikant.

5.7.1.2 Adipositas

5.7.1.2.1 AF/KF
Mehr Alkoholikerinnen (41%) als Kontrollpatientinnen (30%) waren übergewichtig; der Unterschied ist jedoch ebenfalls nicht signifikant.

5.7.1.2.2 AF-Gr
Bei jeweils fast der Hälfte aller Ha- bzw. MPI-Patientinnen, jedoch nur etwa einem Drittel der HÖ-Patientinnen war Übergewicht festzustellen.

5.7.1.2.3 AF/AM
Unter männlichen Alkoholikern kam Übergewicht seltener vor (n.s.).

5.7.2 Diskussion

Sowohl Hypertonie als auch Übergewicht waren bei Alkoholikerinnen etwas häufiger festzustellen;da sich die Unterschiede jedoch als nicht signifikant erwiesen, ist die diagnostische Valenz von Adipositas und Hypertonie gering.

5.8 Polyneuropathie

5.8.1 Ergebnisse

5.8.1.1 AF/KF
26% aller Alkoholikerinnen hatten zur Zeit der Erhebung oder in der Vorgeschichte eine Polyneuropathie. Unter Kontrollpatientinnen kam Polyneuropathie nicht vor; der Unterschied ist hochsignifikant ($p<0,001$).

5.8.1.2 AF-Gr
Zwischen den einzelnen Klinikgruppen ergeben sich nur unwesentliche Häufigkeitsunterschiede.

5.8.1.3 AF/AM
Gegenüber der Vergleichsgruppe männlicher Alkoholiker (44%) kam Polyneuropathie signifikant seltener vor ($p<0,01$).

5.8.2 Diskussion

Die Häufigkeit von Polyneuropathie ist im Vergleich zu den Ergebnissen früherer Untersuchungen relativ hoch. Während WALL noch bei 16% der Alkoholikerinnen eine Polyneuropathie beschreibt, berichtet VAN AMBERG nur eine Häufigkeit von 4%. SEYBERTH gibt Polyneuropathie in 9% der Fälle an.

5.9 Kleinhirnatrophie und Wernicke-Korsakow-Syndrom

5.9.1 Ergebnisse

5.9.1.1 Kleinhirnatrophie
Eine lokalisierte Kleinhirnatrophie wurde bei weiblichen wie männlichen Alkoholikern in je einem Fall diagnostiziert.
Unter Kontrollpatienten wurde Kleinhirnatrophie erwartungsgemäß nicht beobachtet.

5.9.1.2 Wernicke-Korsakow-Syndrom
Der Untersucher sah zwar eine Alkoholikerin mit einem Wernicke-Korsakow-Syndrom; die Patientin war jedoch auf Grund ihrer zeitlichen, örtlichen und situativen Desorientiertheit, ihrer Amnesien sowie Konfabulationen nicht in der Lage, den Fragebogen verläßlich zu beantworten und konnte deshalb nicht in das Untersuchungssample aufgenommen werden.
Daher kommt das Wernicke-Korsakow-Syndrom unter den Alkoholikerinnen dieser Stichprobe ebenso wenig vor wie unter den Kontrollpatientinnen.
Unter alkoholkranken Männern wurde das Krankheitsbild in 2% der Fälle beobachtet.

5.9.2 Diskussion

SEYBERTH gab ein Wernicke-Korsakow-Syndrom noch für 12,5% seiner Patientinnen an. Bei Berücksichtigung des nicht in das Untersuchungssample aufgenommenen Falles ergäbe sich eine ähnlich geringe Häufigkeit, wie sie zuletzt von BERNER u. KRYSPIN-EXNER beschrieben wurde (0,2%). Die Seltenheit von Kleinhirnatrophie wird auch durch unsere Erhebung bestätigt.

5.10 Halluzinose in der Vorgeschichte

5.10.1 Ergebnisse

5.10.1.1 AF/KF
Die untersuchten Alkoholikerinnen hatten in 3% der Fälle einmal eine Halluzinose; bei Kontrollpatientinnen waren Halluzinosen anamnestisch nicht zu erheben.

5.10.1.2 AF-Gr
Die Patientinnen mit anamnestisch beschriebener Halluzinose gehören zur MPI- sowie Ha-Gruppe.

5.10.1.3 AF/AM
Gegenüber der Vergleichsgruppe männlicher Alkoholiker ist die Halluzinoserate bei Frauen sehr niedrig.

5.10.2 Diskussion

Halluzinosen werden nach den vorliegenden Literaturdaten unter amerikanischen Alkoholikerinnen wesentlich häufiger beobachtet als unter deutschen Patientinnen.
Während WALL sowie VAN AMBERG jeweils in 10% der Fälle

Halluzinosen diagnostizieren, berichten RIMMER et al. sogar von 14%.
Unser Ergebnis entspricht am ehesten den Zahlen von SEYBERTH (1,6%) sowie BERNER u. KRYSPIN-EXNER (1,5%). Übereinstimmend mit den Resultaten von WALL (10%:15%) sowie RIMMER et al.(14%:25%; $p<0,05$) ergibt sich auch in unserer Untersuchung im Vergleich zu den Männern bei alkoholabhängigen Frauen eine signifikant niedrigere Halluzinoserate (3%:15%; $p<0,001$).

5.11 Delirium tremens

5.11.1 Ergebnisse

5.11.1.1 AF/KF
Ein Drittel aller Alkoholikerinnen hatte bereits einmal ein Delirium tremens. Unter Kontrollpatientinnen wurde es nicht beschrieben ($p<0,001$).

5.11.1.2 AF-Gr
Während der Anteil der Patientinnen mit anamnestisch gesichertem Delirium tremens in der Hö- sowie der MPI-Gruppe jeweils bei etwa 25% liegt, ist er in der Ha-Gruppe mit 47,5% fast doppelt so hoch.

5.11.1.3 AF/AM
Gegenüber männlichen Alkoholikern (27%) liegt die Delirrate etwas höher (33%); der Unterschied ist jedoch nicht signifikant.

5.11.2 Diskussion

Die Häufigkeit von Delirium tremens unter Alkoholikerinnen

wird in der Literatur unterschiedlich angegeben.
In den deutschsprachigen Ländern scheint die Delirrate zu sinken. Während BOCHNIK et al. für 1936-57 bei 25% der Patientinnen ein Delir angeben, sind dies bei SEYBERTH für 1949-59 15%, bei BERNER u. KRYSPIN-EXNER für 1954-64 nur noch 6,1%.
In neueren Arbeiten aus den USA und Schottland werden dagegen wesentlich größere Häufigkeiten beschrieben (RIMMER et al. 21%, SCLARE 30%).
Auch die Ergebnisse der Vergleiche zwischen Frauen und Männern sind nicht konsistent. Delir bei Frauen wird von WALL häufiger (26%:10%), von RIMMER et al. seltener (21%:40%) angegeben, während SCLARE keinen Unterschied feststellt (30%:32%).

5.12 Halluzinationen

5.12.1 Ergebnisse

5.12.1.1 AF/KF
34% der Alkoholikerinnen, jedoch keine Kontrollpatientin hatten schon einmal Halluzinationen ($p<0,001$).

5.12.1.2 AF-Gr
Ebenso wie Delirien sind auch Halluzinationen in der Ha-Gruppe am häufigsten.

5.12.1.3 AF/AM
Unter den alkoholabhängigen Männern kamen Halluzinationen mit 41% etwas häufiger vor; der Unterschied ist jedoch nicht signifikant.

5.12.2 Diskussion

Von den hier untersuchten Alkoholikerinnen wurden außerhalb von Delirium tremens oder Halluzinose aufgetretene Halluzinationen nicht berichtet.

5.13 Zigarettenkonsum >20 pro Tag

5.13.1 Ergebnisse

5.13.1.1 AF/KF
Unter Alkoholikerinnen finden sich signifikant mehr starke Raucherinnen (33%) als unter Kontrollpatientinnen (20%; $p<0,05$).

5.13.1.2 AF-Gr
Am seltensten ist Nikotinabusus unter den MPI-Patientinnen zu beobachten (25%).

5.13.1.3 AF/AM
Im Vergleich zu männlichen Alkoholikern (73%) ist Nikotinabusus wesentlich seltener. Der Unterschied ist hochsignifikant ($p<0,001$).

5.13.2 Diskussion

Bei einem Vergleich der Rauchgewohnheiten von hospitalisierten Alkoholikern und nicht hospitalisierten Kontrollpersonen kommen MALETZKY u. KLOTTER zu einem ähnlichen Ergebnis wie wir. Für Alkoholikerinnen ermitteln sie einen wesentlich höheren durchschnittlichen Zigarettenkonsum als für weibliche Kontrollpersonen.
Zwischen Alkoholikerinnen und männlichen Alkoholikern

beobachten MALETZKY u. KLOTTER ebenso wie FEUERLEIN u. KUNSTMANN nur geringfügige Unterschiede.
Im Vergleich dazu erweist sich die Differenz in unserer Untersuchung als beachtlich. Nur 33% der Alkoholikerinnen gegenüber 73% der männlichen Alkoholiker sind als starke Raucher einzustufen.

5.14 Brandwunden bzw. -narben

5.14.1 Ergebnisse

5.14.1.1 AF/KF
Verbrennungsnarben konnten bei Alkoholikerinnen in 8% der Fälle, bei Kontrollpatientinnen nicht festgestellt werden.

5.14.1.2 AF-Gr.
Zwischen den Klinikgruppen ergaben sich keine wesentlichen Unterschiede.

5.14.1.3 AF/AM
Demgegenüber waren Verbrennungsnarben bei 48% der Männer festzustellen. Der Unterschied ist hochsignifikant ($p<0,001$).

5.14.2 Diskussion

Die Tatsache, daß nur bei Alkoholikerinnen, nicht jedoch bei Kontrollpatientinnen Verbrennungsnarben zu beobachten waren, verleiht dem Item diagnostische Relevanz.
Die sich angesichts der deutlich geringeren Häufigkeit von Verbrennungsnarben bei Frauen im Vergleich zu männ-

lichen Alkoholikern anbietende Deutung im Sinne geringerer Persönlichkeitsdepravation würde sich als falsch erweisen; denn der gleichsinnige Häufigkeitsunterschied zwischen weiblichen und männlichen Kontrollpersonen (0%:34%; vgl. RICHTER) relativiert die Beobachtung und beweist die Geschlechtsabhängigkeit des Items.

5.15 Spezifische Therapieversuche in der Vorgeschichte

5.15.1 Ergebnisse

5.15.1.1 AF/KF
76% der Alkoholikerinnen hatten sich zuvor bereits einer spezifischen Therapie unterzogen. Unter den Kontrollpatientinnen befand sich keine 'trockene' Alkoholikerin.

5.15.1.2 AF-Gr
Den größten Prozentsatz von Frauen mit entsprechender Erfahrung finden wir in Höchsten mit 82,5%. In den beiden anderen Kliniken sind dies jeweils um etwa zehn Prozent weniger.

5.15.1.3 AF/AM
Unter den Männern hatten mit 66% etwas weniger Probanden einschlägige Versuche hinter sich.

5.15.2 Diskussion

Auffällig ist, daß trotz im Durchschnitt nur halb so langer Krankheitsdauer mehr Frauen als Männer bereits versucht haben, ihre Alkoholabhängigkeit mit fremder Hilfe zu beenden. Damit bestätigt sich die Beobachtung von WANKE, der unter Frauen bei kürzerer Alkoholismus-

dauer gegenüber Männern mehr frühere stationäre Aufnahmen feststellte.
Ob dies als Beweis für größere Krankheitseinsicht, stärkeren familiären Druck oder größere Alkoholismus-Progredienz zu werten ist, kann nicht entschieden werden.

5.16 Alkoholkonsum von mehr als 150 ml reinen Alkohols täglich bzw. 300 ml einmal pro Woche

5.16.1 Ergebnisse

5.16.1.1 AF
Einen Alkoholkonsum von mindestens 150 ml täglich geben 72% der Alkoholikerinnen an; 48% berichten einen Konsum von mehr als 300 ml einmal in der Woche.

5.16.1.2 AF-Gr
In beiden Rubriken bestehen zwischen den Klinikgruppen die gleichen Unterschiede. In der Rangreihe der Häufigkeiten liegen die Hö-Patientinnen jeweils vor den Ha-Patientinnen, während die MPI-Patientinnen den dritten Rang einnehmen.

5.16.1.3 AF/AM
Bei den Männern liegen die Zahlen in beiden Rubriken deutlich höher (98% bzw. 88%). Der Unterschied zu den Frauen ist jeweils hochsignifikant ($p<0,001$).

5.16.2 Diskussion

In den bisherigen Untersuchungen wird ausnahmslos für Alkoholikerinnen ein im Vergleich zu Männern geringerer

täglicher Alkoholkonsum angegeben (RIMMER et al.; WILKINSON et al.; MAIER et al.).

5.17 Konsum technischer Alkohole

5.17.1 Ergebnisse

5.17.1.1 AF
Der Konsum technischer Alkohole wird von 6% der Alkoholikerinnen eingestanden.

5.17.1.2 AF-Gr
Bis auf eine Ausnahme (Ha) gehören die Patientinnen, die den Konsum solcher Alkohole zugeben, zur Hö-Gruppe.

5.17.1.3 AF/AM
Unter Männern ist die Häufigkeit des Konsums technischer Alkohole mit 8% nur geringfügig größer.

5.17.2 Diskussion

Die individuelle Überprüfung der Patientinnen bestätigt die pathognomische Bedeutung dieses Parameters für süchtige Abhängigkeit. Bei den Patientinnen handelt es sich ausschließlich um Gamma-Trinkerinnen.

5.18 Toleranzbruch

5.18.1 Ergebnisse

5.18.1.1 AF/KF
53% der Alkoholikerinnen, jedoch lediglich 7% der Kontrollpatientinnen berichten eine Abnahme der Alkoholver-

träglichkeit. Der Unterschied ist hochsignifikant ($p<0,001$).

5.18.1.2 AF-Gr
Zwischen den Patientinnen der einzelnen Kliniken ergeben sich keine auffälligen Häufigkeitsdifferenzen.

5.18.1.3 AF/AM
Männer geben einen Toleranzbruch mit 63% etwas häufiger an; der Unterschied zu den Frauen ist jedoch nicht signifikant.

5.18.2 Diskussion

Die eindeutige Häufigkeitsdifferenz bestätigt die Bedeutung, die dem Toleranzverlust von JELLINEK für die Alkoholismusdiagnostik beigemessen wird.
Dem zwischen Frauen und Männern festzustellenden Häufigkeitsunterschied kommt keine große Bedeutung zu. Denn im Vorgriff auf die Ergebnisse des Selbstbeurteilungsfragebogens sei hier darauf hingewiesen, daß sich bei einem SBF-Item, das ebenfalls Toleranzverlust beinhaltet, das Häufigkeitsverhältnis umkehrt (cf.Tab.27,S.24).

5.19 Foetor alcoholicus bei Aufnahme

5.19.1 Ergebnisse

5.19.1.1 AF/KF
Während bei fast der Hälfte aller Alkoholikerinnen bei stationärer Aufnahme Foetor alcoholicus festzustellen war, wurde dies unter Kontrollpatientinnen nie konstatiert. Der Unterschied ist hochsignifikant ($p<0,001$).

5.19.1.2 AF-Gr
Foetor alcoholicus bei Aufnahme kam erwartungsgemäß am häufigsten bei Ha-Patientinnen (62,5%), am seltensten bei Hö-Patientinnen vor (32,5%; $p<0,05$).

5.19.1.3 AF/AM
Unter männlichen Alkoholikern lag die Häufigkeit geringfügig höher.

5.19.2 Diskussion

Da Foetor alcoholicus eines Patienten in der Regel dem Klinikarzt ersten Anlaß zu einem Verdacht auf gewohnheitsmäßigen Alkoholmißbrauch gibt und Patientinnen, bei denen der zuständige Arzt einen solchen Verdacht hatte, auf Grund der eingangs beschriebenen Kriterien in die Kontrollgruppe dieser Untersuchung nicht aufgenommen wurden, kann die Trennfähigkeit des Items nicht beurteilt werden.

5.20 Vater Alkoholiker

5.20.1 Ergebnisse

5.20.1.1 AF/KF
Diese familiäre Belastung ist bei Alkoholikerinnen und Kontrollpatientinnen in gleichem Maße gegeben. In jeweils 8% der Fälle lassen sich die Väter als Alkoholiker bezeichnen.

5.20.1.2 AF-Gr
In der MPI-Gruppe ist die Häufigkeit von Alkoholismus des Vaters am größten.

5.20.1.3 AF/AM

Unter männlichen Alkoholikern ist die familiäre Belastung mit 24% signifikant häufiger. Der Unterschied ist stark signifikant ($p<0,001$).

5.20.2 Diskussion

Bereits in den ersten Arbeiten, die die Charakteristika des Alkoholismus bei Frauen zu erfassen versuchen, wird auf eine große Häufigkeit von Alkoholabhängigkeit unter den Vätern der untersuchten Patientinnen hingewiesen (WALL 24%; VAN AMBERG 30%); BERNER u. SOLMS beschreiben Alkoholismus des Vaters gar in 54% der Fälle.
Bei deutschen Alkoholikerinnen berichten sowohl BOCHNIK et al. mit 13% als auch SEYBERTH mit 15% Alkoholismus des Vaters vergleichsweise seltener.
Eine ähnlich hohe Rate wie zuvor BERNER u. SOLMS teilen danach nur noch WOOD u. DUFFY mit (51%). Ansonsten liegen die Zahlen in den USA zwischen 25% und 41% (LISANSKY, KINSEY, SCHUCKIT et al., WINOKUR u. CLAYTON).

In den meisten Arbeiten wird Alkoholismus des Vaters für alkoholkranke Frauen häufiger als für Männer angegeben (CURLEE 25%:16%, WINOKUR u. CLAYTON 28%:21%, RATHOD u. THOMSON 47%:23%); lediglich SCLARE beobachtet den gegenläufigen Unterschied (14%:22%).
Die von der Mehrheit der Autoren beschriebene große Häufigkeit von Alkoholismus des Vaters, die im übrigen dann unter ätiologischem Aspekt diskutiert wird, läßt sich in unserer Erhebung nicht bestätigen.
Darüberhinaus findet sich väterlicher Alkoholismus bei unseren Alkoholikerinnen im Verhältnis 1:4 seltener als bei den Männern.

5.21 Mutter Alkoholikerin

5.21.1 Ergebnisse

5.21.1.1 AF/KF
Eine alkoholabhängige Mutter haben 9% der Alkoholikerinnen im Vergleich zu nur 2% der Kontrollpatientinnen. Der Unterschied ist signifikant($p<0,025$).

5.21.1.2 AF-Gr
Auch diese familiäre Belastung ist unter MPI-Patientinnen am häufigsten.

5.21.1.3 AF/AM
Bei männlichen Alkoholikern ist Alkoholabhängigkeit der Mutter dagegen nur in 3% der Fälle gegeben. Der Unterschied zu den Frauen ist signifikant ($p<0,05$).

5.21.2 Diskussion

Alkoholismus der Mutter von alkoholabhängigen Frauen wird in der Literatur einheitlich seltener festgestellt als Alkoholismus des Vaters. In den meisten Untersuchungen liegt die Häufigkeit unter 10% (WALL, VAN AMBERG, LISANSKY, BOCHNIK et al., SEYBERTH, KINSEY, CURLEE, MARCKWORT). Lediglich WINOKUR u. CLAYTON sowie RATHOD u. THOMSON geben mit 12% bzw. 20% höhere Werte an.
Dabei fällt auf, daß auch hier für die Bundesrepublik mit die niedrigsten Prozentsätze angegeben werden: BOCHNIK et al. und SEYBERTH stellen Alkoholismus der Mutter in 2%, MARCKWORT in 3% der Fälle fest.
Die Häufigkeit, mit der wir in unserer Untersuchung Alkoholismus der Mutter erhoben haben, liegt mit 9% etwas

höher, jedoch noch innerhalb der bisherigen Größenordnung.
Beim Vergleich der Häufigkeit der familiären Belastung von weiblichen und männlichen Alkoholikern finden sich in der Literatur insofern übereinstimmende Resultate, als Alkoholismus der Mutter bei alkoholkranken Frauen häufiger beobachtet wird als bei alkoholabhängigen Männern (WINOKUR u. CLAYTON 12%:3%, CURLEE 4%:3%, RATHOD u. THOMSON 20%:7%).
Dies können wir mit einem Häufigkeitsverhältnis von 9%:3% bestätigen.
Unsere Daten geben Anhalt zu der Vermutung, daß, abgesehen vom genetischen Aspekt, dem Alkoholismus der Mutter bei Alkoholikerinnen größere Bedeutung zukommt als dem Alkoholismus des Vaters.
Denn Alkoholismus des Vaters kam bei Kontollpatientinnen ebenso häufig, bei männlichen Alkoholikern dreimal häufiger vor. Alkoholismus der Mutter ist dagegen sowohl im Vergleich zu Kontrollpatientinnen (4,5 :1) als auch im Vergleich zu männlichen Alkoholikern (3:1) häufiger festzustellen.

5.22 Partner Alkoholiker

5.22.1 Ergebnisse

5.22.1.1 AF/KF
Einen alkoholabhängigen (Ehe-)Partner haben 32% der Alkoholikerinnen; in der Kontrollgruppe trifft dies nur für 10% der Patientinnen zu. Der Unterschied ist hochsignifikant ($p<0,001$).

5.22.1.2 AF-Gr
Einen besonders hohen Prozentsatz von Alkoholismus des Prtners finden wir mit 45% unter den Ha-Patientinnen; verglichen mit der MPI-Gruppe liegt er doppelt so hoch ($p<0,05$).

5.22.1.3 AF/AM
Demgegenüber sind die Partnerinnen der männlichen Alkoholiker nur zu 8% als alkoholabhängig zu bezeichnen. Auch dieser Unterschied ist hochsignifikant ($p<0,001$).

5.22.2 Diskussion

Bereits WALL hat darauf hingewiesen, daß viele Alkoholikerinnen mit einem ebenfalls alkoholabhängigen Mann verheiratet sind.
In den ersten Arbeiten, in denen Zahlen genannt werden, liegen die Häufigkeiten von gleichzeitigem Alkoholismus des Partners zum Teil sehr hoch (BERNER u.SOLMS 52%, MASSOT et al. 53%).
Demgegenüber beschreiben BOCHNIK et al. sowie SEYBERTH Alkoholismus des Partners mit 9% bzw. 5% vergleichsweise selten; WOOD u. DUFFY geben ebenfalls nur eine Häufigkeit von 9% an.
Die meisten Autoren kommen jedoch zu Ergebnissen zwischen 16% und 35% (KASTLER-MAITRON u. BURCKARD, LISANSKY, BERNER u. KRYSPIN-EXNER, KINSEY, SCHUCKIT et al., SCLARE, RATHOD u. THOMSON, WESSELY u. PERNHAUPT sowie MARCKWORT). Dem entsprcht auch unser Resultat.
Übereinstimmend wird in den bisherigen Untersuchungen festgestellt, daß Alkoholikerinnen häufiger als männliche Alkoholiker mit einem gleichfalls alkoholabhängigen Partner zusammen leben. Die Häufigkeitsrelation wird

von LISANSKY mit 35%:9%, von SCLARE mit 16%:0%, von RATHOD u. THOMSON mit 30%:20% angegeben.
Ebenso wie LISANSKY beobachteten wir Alkoholismus des Partners bei Alkoholikerinnen viermal häufiger (32%:8%).

Die hohe Rate von gleichzeitigem Alkoholismus des Partners sollte bei der Entwicklung von Therapieprogrammen für alkoholabhängige Frauen berücksichtigt werden.

5.23 Familie sucht Rat

5.23.1 Ergebnisse

5.23.1.1 AF
In rund 60% der Fälle haben Familienangehörige oder enge Bezugspersonen der Alkoholikerin wegen der Trinkprobleme beim Arzt, der Familienfürsorge oder entsprechenden Institutionen Rat gesucht.

5.23.1.2 AF-Gr
Bei HÖ-Patientinnen traf dies in 77,5%, bei Ha-Frauen nur in 45% der Fälle zu ($p<0,01$).

5.23.1.3 AF/AM
Bei männlichen Alkoholikern war der Prozentsatz wesentlich geringer ($p<0,05$).

5.23.2 Diskussion

Das Ergebnis, wonach bei erheblich mehr Frauen Familienmitglieder oder Bezugspersonen sich hilfesuchend an eine entsprechende Institution wandten, zeigt, daß bei Alkoholismus der Frau die Familie stärker in Mitleidenschaft gezogen ist als bei Alkoholismus des Mannes.

Es spiegelt zugleich auch den größeren sozialen, im engeren Sinne familiären Druck wider, dem die alkoholabhängige Frau im Vergleich zum Mann ausgesetzt ist. Das Resultat könnte auch darauf hinweisen, daß bei Alkoholismus der Frau viele Familien bereit sind, sich in therapeutisch-rehabilitative Maßnahmen mit einbeziehen zu lassen.

5.24 Häufiger Wohnungswechsel und Asozialenstatus

5.24.1 Ergebnisse

5.24.1.1 Häufiger Wohnungswechsel

5.24.1.1.1 AF/KF
11% der Alkoholikerinnen sind in den letzten fünf Jahren mehr als zweimal umgezogen, während unter Kontrollpatientinnen ein solch häufiger Wohnungswechsel nicht vorkam; der Unterschied ist hochsignifikant ($p<0,001$).

5.24.1.1.2 AF-Gr
Häufiger Wohnungswechsel trifft für MPI-Patientinnen am seltensten zu.

5.24.1.1.3 AF/AM
Von männlichen Alkoholikern wird häufiger Wohnungswechsel erheblich öfter berichtet (32%). Auch dieser Unterschied ist hochsignifikant ($p<0,001$).

5.24.1.2 Asozialenstatus

5.24.1.2.1 AF/KF
3% der Alkoholikerinnen, jedoch keine Kontrollpatientin

waren als asozial zu klassifizieren.

5.24.1.2.2 AF-Gr
Die betreffenden Patientinnen verteilten sich gleichmäßig auf die drei Klinikgruppen.

5.24.1.2.3 AF/AM
Unter männlichen Alkoholikern war Asozialenstatus mit 15% wesentlich häufiger zu beobachten. Der Unterschied ist signifikant ($p<0,01$).

5.24.2 Diskussion

Sieht man in häufigem Wohnungswechsel einen Indikator für beginnende soziale Instabilität, so trifft dies für Alkoholikerinnen wesentlich seltener zu. Das könnte in Zusammenhang stehen mit der vergleichsweise deutlich geringeren Häufigkeit von beruflichem Abstieg im Vergleich zu männlichen Alkoholikern.
Daß die sozio-ökonomischen Auswirkungen des Alkoholismus bei Frauen weniger massiv sind, läßt sich am deutlichsten an der wesentlich geringeren Zahl von Probandinnen ablesen, deren sozialer Abstieg bereits bis zum Asozialenstatus geführt hat.

5.25 Letztes Kind von mindestens drei

5.25.1 Ergebnisse

5.25.1.1 AF/KF
Unter den Alkoholikerinnen nehmen 15% den letzten Rang in der Geschwisterreihe ein.Für die Kontrollpatientinnen trifft dies in 18% der Fälle zu (n.s.).

5.25.1.2 AF-Gr
Auffällige Unterschiede zwischen den Klinikgruppen lassen sich nicht feststellen.

5.25.1.3 AF/AM
Auch der Unterschied zu den männlichen Alkoholikern ist unerheblich.

5.25.2 Diskussion

Der bei männlichen Alkoholikern in früheren Untersuchungen gehäuft beobachtete letzte Rang in der Geschwisterreihe war bisher für Frauen nicht einheitlich nachzuweisen. Bei Überprüfung von sechs einschlägigen Erhebungen konnten BLANE u. BARRY 1973 zeigen, daß die Letztgeborenen in der Mehrzahl der Frauensamples nicht überrepräsentiert waren.
Darüberhinaus fand DE LINT in einer Studie an 276 Alkoholikerinnen, daß sich unter den überrepräsentativ vertretenen Letztgeborenen signifikant mehr Probandinnen befanden, die bei einem Elternteil oder nicht bei den Eltern aufgewachsen waren. Unter den Frauen, die aus vollständigen Familien stammten, waren Letztgeborene und andere dagegen gleich stark vertreten.
Unser Ergebnis, wonach Letztgeborene unter Alkoholkerinnen sogar etwas seltener zu finden waren als unter Kontrollpatientinnen, bestätigt die für weibliche Alkoholiker geringe Spezifität des Items.

6. Selbstbeurteilungsfragebogen (SBF): Übersicht über die Ergebnisse

6.1 Offenheitsitems

Die SBF-Items Nr.27,29,32,33,36,38,43,46,51,53,55,59,67 und 69 sind dem Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI) von FAHRENBERG u. SELG entnommen; sie messen dort Selbstkritik und Offenheit versus unkritische Haltung sich selbst gegenüber und Verschlossenheit. Diese Items wurden in den Selbstbeurteilungsfragebogen aufgenommen, um abzuschätzen, inwieweit die erhobenen Informationen durch die bei Alkoholikern oft beschriebene Verleugnungstendenz verzerrt werden.
Die Einzelergebnisse der 14 Offenheitsitems sind in Tab.21 wiedergegeben (S.83).
Da FAHRENBERG und SELG nach Geschlecht und Alter unterschiedliche Standardwerte angeben, mußten die Mittelwerte der Offenheitsscores für die entsprechenden Altersgruppen errechnet werden. Das Resultat der Parallelisierung zeigt Tab.22.

Tab.22: Mittelwerte der Offenheitsscores

Alter		Mittelwerte		
FPI	eigene Untersuchung	FPI	AF	KF
15-30 J.	19-30 J.	10,06	9,4	7,5
31-50 J.	31-50 J.	8,42	8,45	6,55
> 50 J.	> 51 J.	7,66	7,0	5,1

Der Offenheitsscore von Alkoholikerinnen ist in den einzelnen Altersgruppen jeweils höher als der von Kontroll-

patientinnen. Bei den Alkoholikerinnen unserer Stichprobe läßt sich somit eine größere Verleugnungstendenz nicht feststellen.
Die Abweichung der Mittelwerte aller Gruppen von den FPI-Standardwerten ist gering. Da FAHRENBERG und SELG nur bei extremen Testwerten eine Informationsverzerrung annehmen, sind die Angaben unserer Versuchspersonen insgesamt wohl als ausreichend zuverlässig anzusehen.

Einen Vergleich zwischen den Klinikgruppen und zwischen männlichen und weiblichen Alkoholikern ermöglichen Tab.23 und Tab.24.

Tab.23:Mittelwerte der Offenheitsscores nach Klinikgruppen

	Mittelwert	Durchschnittsalter
Höchsten	8,95	38,3
MPI	8,32	38,7
Haar	7,9	40,1

Die Mittelwerte der einzelnen Klinikgruppen differieren nur wenig; die Unterschiede entsprechen in etwa den Altersdifferenzen.

Tab.24: Mittelwerte der Offenheitsscores von männlichen und weiblichen Alkoholikern

Alter		Mittelwerte			
FPI	eigene Untersuchung	Frauen FPI	AF	Männer FPI	AM
15-30 J.	19-30 J.	10,06	9,4	10,7	10,7
31-50 J.	31-50 J.	8,42	8,45	9,22	9,55
> 50 J.	> 51 J.	7,66	7,0	8,77	6,5

Die im Vergleich zu alkoholabhängigen Männern geringere Offenheit von Alkoholikerinnen entspricht den für Frauen niedrigeren Standardwerten und ist demnach geschlechtsspezifisch.

6.2 Diagnostische Items

6.2.1 AF/KF (Tab.25,S.84)

6.2.1.1 Ja-Beantwortungshäufigkeiten
Die relativen Häufigkeiten der positiv beantworteten Items streuen bei Alkoholikerinnen stärker als bei Kontrollpatientinnen; die Werte reichen von 94% (S 66:Glaubt, sollte weniger trinken) bis zu 11% (S 42:Polizei weg. Alk.), bei Kontrollpatientinnen von 67% (S 105: Verständnislosigkeit der anderen) bis zu 0% (13 Items).

6.2.1.2 Häufigkeitsdifferenzen
Die Rangreihe der Häufigkeitsdifferenzen reicht von 91% (S 66: Glaubt, sollte weniger trinken) bis zu 1% (S 50: Glaubt,kann allein aufhören).
Zwei Items wurden von der Kontrollgruppe häufiger positiv beantwortet (S 92:Glaubt,Alk.schadet nicht und S 86:Trinke lieber in Gesellschaft).

6.2.1.3 Trennfähigkeit der Einzelitems
Die Überprüfung der Häufigkeitsunterschiede mit dem Chi-Quadrat-Test hatte folgendes Ergebnis:
Lediglich 3 Items erweisen sich als nicht signifikant trennend (S 50:Glaubt,kann allein aufhören, S 87:Glaubt, kann Trinken einschränken und S 98:Denken anderer über Trinken egal).
Von den 99 signifikanten Items erreichen 93 ein hohes

($p<0,001$) und nur jeweils zwei Items ein mittleres ($p<0,01$) bzw. schwaches ($p<0,05$) Signifikanzniveau.

6.2.1.4 Trennfähigkeit der 102 Items insgesamt
Die Trennfähigkeit der Summe der 102 Items ist gut. Entsprechend der hohen Zahl hochsignifikanter Häufigkeitsdifferenzen erweist sich auch in der Summe aller Häufigkeitsdifferenzen der Unterschied zwischen Alkoholikerinnen und Kontrollpatientinnen als hochsignifikant ($p<0,001$).

6.2.2 **AF-Gr** (Tab.26,S.88)

Die Unterschiede zwischen der Hö-Gruppe und den beiden andern Gruppen sind beträchtlich. Bei 39 von 102 Items ist der Unterschied zwischen Hö- und MPI-Gruppe, bei 26 zwischen Hö- und Ha-Gruppe signifikant. Zwischen Ha- und MPI-Gruppe zeigen sich lediglich bei 5 Items signifikante Unterschiede.

6.2.3 **AF/AM** (Tab.27,S.92)

Im Vergleich zu den männlichen Alkoholikern ist die Bejahungshäufigkeit von Alkoholikerinnen bei 57 Items größer, bei 41 geringer; bei 4 Items ergeben sich keine Differenzen. Der Unterschied insgesamt verfehlt knapp das untere Signifikanzniveau ($p=0,055$,Wilc.). Alkoholikerinnen stimmen 26 Items signifikant häufiger, 14 Items seltener zu.

6.2.4 F/M

Die Häufigkeitsdifferenzen zwischen Alkoholikern und

Kontrollpersonen sind in der Frauenstichprobe bei 58 Items größer, bei 38 Items kleiner; bei 6 Items ergeben sich gleiche Differenzen wie in der Männerstichprobe. Damit ist die Trennfähigkeit der Summe aller 102 Items bei Frauen signifikant größer (p=0,008,Wilc.).
Dies ist zurückzuführen auf die größere Ja-Beantwortungshäufigkeit bei weiblichen gegenüber männlichen Alkoholikern einerseits (cf.6.2.3) und auf die signifikant geringere Bejahungshäufigkeit bei weiblichen im Vergleich zu männlichen Kontrollpatienten (p=0,039,Wilc.) andererseits.
Dabei fällt auf, daß hinsichtlich der Summen-Trennfähigkeit der 26 indirekten Items, denen Alkoholikerinnen ebenfalls hochsignifikant häufiger als Kontrollpatientinnen zustimmen (p<0,001), zwischen Frauen- und Männerstichprobe kein Unterschied besteht. Die Bejahungshäufigkeitsdifferenzen zwischen Alkoholikern und Kontrollpersonen sind für 11 Items bei Frauen, für ebenfalls 11 Items bei Männern größer (n.s.,Wilc.).Die gegenüber männlichen Alkoholikern signifikant häufigere Zustimmung von Alkoholikerinnen (p=0,018,Wilc.) kommt deshalb nicht in besserer Trennfähigkeit zum Ausdruck, weil auch Kontrollfrauen häufiger als Kontrollmänner mit Ja antworten (n.s.,Wilc.).
Dagegen ist die Summentrennfähigkeit der 76 direkten Items bei Frauen signifikant besser (p=0,008); zwar ist auch hier die Bejahungshäufigkeit bei Alkoholikerinnen größer als bei männlichen Alkoholikern (n.s.,Wilc.), das Häufigkeitsverhältnis zwischen weiblichen und männlichen Kontrollpersonen aber kehrt sich um. Kontrollmänner beantworten die direkten Items signifikant häufiger zustimmend als Kontrollfrauen (p=0,003, Wilc.).

Tab.21: SBF - Ergebnisse 14 Offenheitsitems

SBF Nr.	Item	Häufigkeit der Ja-Antw. in % AF	KF	Hö	Ha	MPI	AM
27	Ab u.zu erzähle ich eine Lüge	77	23	92,5	70	67,5	78
29	Manchmal voll Tatendrang, manchm.keine Lust z.Arb.	88	59	97,5	82,5	85	79
32	Kann nicht jeden leiden, den ich kenne	89	81	92,5	87,5	87,5	89
33	Ab u.zu lache ich über e. unanständigen Witz	64	76	70	60	62,5	85
36	Manchmal zu spät zur Arb. oder Verabredung	38	31	40	35	14	50
38	Manchmal mürrisch u. schlecht aufgelegt	71	59	75	70	67,5	83
43	Sage nicht immer die Wahrheit	66	53	75	57,5	65	74
46	Als Kind ab u.zu mal genascht	63	76	72,5	57,5	57,5	73
51	Tischmanieren zu Hause weniger gepflegt	20	18	12,5	25	22,5	31
53	Hin u.wieder e.wenig schadenfroh	52	56	55	40	60	60
55	Manchmal Gedanken,deren man s.schämen muß	38	15	40	35	37,5	52
59	Benehmen in Gesellschaft besser	40	20	35	40	45	43
67	Schiebe manchmal etw.auf	88	67	92,5	82,5	87,5	83
69	Gebe hin u.wieder ein bißchen an	47	21	45	47,5	47,5	65

Tab.25: SBF - Ergebnisse 102 diagnostische Items AF/KF

SBF Nr.	Item	AF Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	KF Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	Häufigkeitsdiff.	Häufigkeitsquott.	x^2	Signifikanz p <
1	Nervosität	87	48	39	2	37,85	0,001
2	Schwitzen	62	37	25	2	12,39	0,001
3	Verstand verlieren	39	14	25	3	20,49	0,001
4	Selbstmitleid	52	16	36	3	28,95	0,001
5	Verfolgungsvorst.	25	4	21	6	17,41	0,001
6	SM-Gedanken	38	13	25	2	15,98	0,001
7	Verlust berufl.Int.	36	14	22	3	13,76	0,001
8	Schlafstörungen	79	39	40	2	37,27	0,001
9	Einsamkeit	69	10	59	7	76,96	0,001
10	Potenzverlust	32	19	13	2	4,66	0,05
11	Rückzug d. Freunde	33	4	29	8	29,37	0,001
12	Ausbruch aus Fam.	48	22	26	2	15,53	0,001
13	Angstgefühle	78	38	40	2	36,97	0,001
14	Gefühl,daß Partner untreu	28	12	16	2	8,98	0,001
15	Verbitterung	70	17	53	4	62,08	0,001
16	Zittern d. Hände	68	18	50	4	53,93	0,001
17	Durst vermehrt	58	19	39	3	33,7	0,001
18	Morgendl. Brechreiz	60	13	47	5	53,88	0,001
19	Alk. gegen Zittern	68	1	67	68	106,78	0,001
20	Arbeitsplatzverlust wegen Alk.	21	0	21	∞	22,14	0,001
21	Partner Vorwürfe wegen Trinken	69	1	68	69	106,37	0,001
22	Ärztl.Alk.verbot	73	2	71	37	109,98	0,001
23	Trinkt mehr als and.	72	3	69	24	104,27	0,001
24	Toleranzbruch	63	17	46	4	47,09	0,001
25	Vermeidet A.gespräch	58	7	51	8	52,26	0,001
26	Alk. erlangen	68	2	66	34	122,12	0,001
28	Sicherer mit Alk.	76	8	68	10	101,4	0,001
30	Morgendl. Trinken	73	2	71	37	109,98	0,001
31	Heimliches Trinken	67	3	64	23	95,55	0,001
34	Aggressiv mit Alk.	66	4	62	17	90,17	0,001
35	Ehe gefährdet weg.A.	48	4	44	12	52,05	0,001
37	Unwiderstehl.Verl.	74	3	71	25	114,58	0,001

SBF Nr.	Item	AF Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	KF Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	Häufigkeitsdiff.	Häufigkeitsquott.	x^2	Signifikanz p <
39	Familienprobleme wegen Trinken	78	3	75	26	125,27	0,001
40	Toleranzsteigerung	31	6	25	5	22,79	0,001
41	Alk. gegen Ärger	88	13	75	7	124,09	0,001
42	Polizei weg. Alk.	11	0	11	∞	11,84	0,001
44	Vergebl.Abst.vers.	48	3	45	16	56,58	0,001
45	Denkt oft an Alk.	55	1	54	55	72,9	0,001
47	Appetitmangel weg.A.	86	5	81	17	142,02	0,001
48	Andere mitschuldig am Trinken	66	4	62	17	90,17	0,001
49	Ohne Alk. gespannt	63	1	62	63	93,16	0,001
50	Glaubt:Kann allein aufhören	38	37	1	1	0,01	n.s.
52	Finanz.Schwierigk. wegen Tr.	13	2	11	7	8,82	0,01
54	Andere Trinkfreunde	21	2	19	11	17,09	0,001
56	Versteckter A.vorrat	42	2	40	21	30,75	0,001
57	SM-Gedanken beim Tr.	28	1	27	28	30,79	0,001
58	Vorwürfe weg. Tr. am Arbeitsplatz	28	0	28	∞	31,71	0,001
60	Black out	82	9	73	9	117,42	0,001
61	Weniger tüchtig seit tr.	69	1	68	69	106,37	0,001
62	Trinkt lieber allein	68	1	67	68	106,78	0,001
63	Schuldgefühle weg.Tr.	92	5	87	18	162,31	0,001
64	Trinksystem versucht	55	0	55	∞	78,57	0,001
65	Hastiges Trinken	58	5	53	12	69,02	0,001
66	Glaubt:Sollte weniger trinken	94	3	91	31	183,9	0,001
68	Wechsel d.A.getränks	58	6	52	10	54,89	0,001
70	Unsicher:Aufhören mit Trinken	20	4	16	5	13,3	0,001
71	Unsicher:Aufhören od. weniger trinken	28	2	26	14	26,84	0,001
72	Freunde:Soll weniger trinken	78	0	78	∞	138,49	0,001
73	Ohne A.keine Zus.arbeit	17	0	17	∞	17,99	0,001

SBF Nr.	Item	AF Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	KF Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	Häufigkeitsdiff.	Häufigkeitsquott.	x^2	Signifikanz p <
74	Mit A. vortäuschen	35	4	31	9	32,02	0,001
75	Tr. verheimlichen	78	2	76	39	131,45	0,001
76	Sicher:Kann mit Tr. aufhören	68	15	53	5	62,67	0,001
77	Weniger Probl.o.Alk.	73	2	71	37	109,98	0,001
78	Fam. weg.Tr. vernachlässigt	53	0	53	∞	75,37	0,001
79	Jetzt Partnerprobl.	43	3	40	14	47,82	0,001
80	Offener mit Alk.	42	12	30	4	23,21	0,001
81	Oft Auseinandersetz.	29	3	26	10	25,2	0,001
82	Ohne A.andere nicht ertragen können	14	0	14	∞	16,39	0,001
83	Alk. erlangen	72	2	70	36	110,31	0,001
84	Ärztl.Rat weniger zu trinken	82	1	81	82	143,4	0,001
85	Weniger empfindl.m.A.	64	7	57	9	74,67	0,001
86	Tr. lieber in Ges.	27	49	-22	<1	38,18	0,001
87	Glaubt:Kann Trinken einschränken	53	51	2	1	0,08	n.s.
88	A. gegen Frustration	83	9	74	9	117,37	0,001
89	A. zur Beruhigung	89	8	81	11	142,26	0,001
90	A. zerstört Leben	83	10	73	8	117,33	0,001
91	Unsicher:Aufhören oder nicht	53	2	51	27	70	0,001
92	Glaubt:A.schadet n.	27	44	-17	<1	6,75	0,01
93	Gilt als trinkfest	43	9	34	5	32,99	0,001
94	Schnell trinken	65	4	61	16	85,43	0,001
95	Kontrollierter mit A.	43	2	41	22	57,77	0,001
96	Andere verstehen Tr. nicht	82	3	79	27	136,51	0,001
97	Ohne A. Partnerschaft besser	48	1	47	48	59,12	0,001
98	Denken anderer über Trinken egal	27	19	8	<1	1,65	n.s.
99	Glaubt:Ohne A. kein Leben	21	0	21	∞	22,14	0,001
100	Selbstzufrieden mit A.	59	4	55	15	73,45	0,001

SBF Nr.	Item	AF Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	KF Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	Häufigkeitsdiff.	Häufigkeitsquott.	x^2	Signifikanz p<
101	Mehr Probl.als and.	58	12	46	5	49,03	0,001
102	Verlust an Ansehen	68	1	67	68	101,68	0,001
103	Glaubt:Muß ohne A. ganz ändern	65	1	64	65	97,57	0,001
104	Kann Tr.n.erklären	58	2	56	29	75,56	0,001
105	Verständnislosigkeit der anderen	79	67	12	1	4,63	0,05
106	Kontakt durch Alk.	66	12	54	6	63,59	0,001
107	Karriere ohne Alk.	28	0	28	∞	31,72	0,001
108	Abgestoßen mit A.	53	0	53	∞	75,37	0,001
109	Angenommen mit A.	22	4	18	6	15,51	0,001
110	Abstinenzversuche	92	14	78	7	131,45	0,001
111	Partner Rückzug	37	0	37	∞	45,84	0,001
112	Unzufrieden mit Tr.	81	3	78	27	130,49	0,001
113	Mit A. für andere sympathisch	18	4	14	5	11,57	0,001
114	Einfluß in Fam. geringer geworden	42	3	39	14	44,24	0,001
115	Alkoholfahne	53	0	53	∞	73,96	0,001
116	Urteil anderer schwer akzeptieren	61	10	51	6	61,15	0,001

Tab.26: SBF - Ergebnisse 102 diagnostische Items AF-Gr

SBF Nr.	Item	Hö Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	Ha Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	MPI Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	AF ges. Häufigkeit d. Ja-Antw. in %
1	Nervosität	75	95	90	87
2	Schwitzen	75	55	55	62
3	Verstand verlieren	50	35	32,5	39
4	Selbstmitleid	55	52,5	47,5	52
5	Verfolgungsvorst.	35	25	15	25
6	SM-Gedanken	42,5	32,5	37,5	38
7	Verlust berufl.Int.	50	27,5	30	36
8	Schlafstörungen	80	80	77,5	79
9	Einsamkeit	72,5	80	55	69
10	Potenzverlust	32,5	30	32,5	32
11	Rückzug d. Freunde	52,5	32,5	15	33
12	Ausbruch aus Fam.	47,5	52,5	45	48
13	Angstgefühle	82,5	82,5	70	78
14	Gefühl,daß Partner untreu	22,5	40	22,5	28
15	Verbitterung	70	75	65	70
16	Zittern d. Hände	75	62,5	67,5	68
17	Durst vermehrt	77,5	37,5	57,5	58
18	Morgendl. Brechreiz	77,5	50	52,5	60
19	Alk. gegen Zittern	87,5	50	67,5	68
20	Arbeitsplatzverlust wegen Alk.	22,5	25	15	21
21	Partner Vorwürfe wegen Trinken	67,5	72,5	67,5	69
22	Ärztl.Alk.verbot	85	67,5	65	73
23	Trinkt mehr als and.	90	62,5	62,5	72
24	Toleranzbruch	52,5	75	60	63
25	Vermeidet A.gespräch	80	40	55	58
26	Alk. erlangen	85	62,5	57,5	68
28	Sicherer mit Alk.	85	67,5	75	76
30	Morgendl. Trinken	87,5	62,5	67,5	73
31	Heimliches Trinken	92,5	50	57,5	67
34	Aggressiv mit Alk.	77,5	57,5	62,5	66
35	Ehe gefährdet weg.A.	57,5	50	35	48

SBF Nr.	Item	Hö Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	Ha Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	MPI Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	AF ges. Häufigkeit d. Ja-Antw. in %
37	Unwiderstehl.Verl.	90	60	72,5	74
39	Familienprobleme wegen Trinken	90	82,5	60	78
40	Toleranzsteigerung	45	20	27,5	31
41	Alk. gegen Ärger	95	87,5	82,5	88
42	Polizei wegen Alk.	7,5	15	10	11
44	Vergebl.Abst.vers.	70	32,5	42,5	48
45	Denkt oft an Alk.	80	35	50	55
47	Appetitmangel weg.A.	92,5	82,5	82,5	86
48	Andere mitschuldig am Trinken	72,5	70	55	66
49	Ohne Alk. gespannt	85	52,5	52,5	63
50	Glaubt:Kann allein aufhören	17,5	50	45	38
52	Finanz.Schwierigk. wegen Tr.	15	15	10	13
54	Andere Trinkfreunde	22,5	25	15	21
56	Versteckter A.vorrat	72,5	27,5	25	42
57	SM-Gedanken beim Tr.	35	25	25	28
58	Vorwürfe weg. Tr. am Arbeitsplatz	40	27,5	17,5	28
60	Black out	82,5	92,5	70	82
61	Weniger tüchtig seit tr.	80	70	57,5	69
62	Trinkt lieber allein	92,5	57,5	55	68
63	Schuldgef.weg.Tr.	90	95	90	92
64	Trinksystem versucht	65	50	50	55
65	Hastiges Trinken	72,5	60	40	58
66	Glaubt:Sollte weniger trinken	97,5	95	90	94
68	Wechsel d.A.getränks	47,5	60	65	58
70	Unsicher:Aufhören mit Trinken	12,5	30	17,5	28
71	Unsicher:Aufhören od. weniger trinken	20	37,5	25	28
72	Freunde:Soll weniger trinken	82,5	80	72,5	78
73	Ohne A.keine Zus.arbeit	25	10	15	17

SBF Nr.	Item	Hö Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	Ha Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	MPI Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	AF ges. Häufigkeit d. Ja-Antw. in %
74	Mit A. vortäuschen	37,5	35	32,5	35
75	Tr. verheimlichen	95	62,5	77,5	78
76	Sicher:Kann mit Tr. aufhören	45	80	77,5	68
77	Weniger Probl.o.Alk.	82,5	70	65	73
79	Jetzt Partnerprobl.	52,5	42,5	32,5	43
80	Offener mit Alk.	47,5	45	32,5	42
81	Oft Auseinandersetz.	35	27,5	25	29
82	Ohne A.andere nicht ertragen können	10	12,5	20	14
83	Alk. erlangen	87,5	65	62,5	72
84	Ärztl.Rat weniger zu trinken	92,5	80	72,5	82
85	Weniger empfindl.m.A.	80	65	47,5	64
86	Tr. lieber in Ges.	12,5	32,5	35	27
87	Glaubt:Kann Trinken einschränken	25	70	65	53
88	A. gegen Frustration	87,5	82,5	77,5	83
89	A. zur Beruhigung	95	90	82,5	89
90	A. zerstört Leben	90	80	80	83
91	Unsicher:Aufhören oder nicht	52,5	55	52,5	53
92	Glaubt:A.schadet n.	22,5	32,5	25	27
93	Gilt als trinkfest	50	27,5	52,5	43
94	Schnell trinken	82,5	70	42,5	65
95	Kontrollierter mit A.	45	47,5	35	43
96	Andere verstehen Tr. nicht	95	85	65	82
97	Ohne A. Partnerschaft besser	55	42,5	45	48
98	Denken anderer über Trinken egal	25	30	25	27
99	Glaubt:Ohne A. kein Leben	27,5	17,5	17,5	21
100	Selbstzufrieden m. A.	65	57,5	55	59

SBF Nr.	Item	Hö Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	Ha Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	MPI Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	AF ges. Häufigkeit d. Ja-Antw. in %
101	Mehr Probl.als and.	55	65	55	58
102	Verlust an Ansehen	90	65	47,5	68
103	Glaubt:Muß ohne A. ganz ändern	80	62,5	52,5	65
104	Kann Tr.n.erklären	62,5	55	55	58
105	Verständnislosigkeit der anderen	75	90	72,5	79
106	Kontakt durch Alk.	72,5	67,5	57,5	66
107	Karriere ohne Alk.	27,5	35	22,5	28
108	Abgestoßen mit Alk.	60	60	37,5	53
109	Angenommen mit Alk.	25	25	15	22
110	Abstinenzversuche	90	95	87,5	92
111	Partner Rückzug	45	42,5	22,5	37
112	Unzufrieden mit Tr.	72,5	80	90	81
113	Mit A. für andere sympathisch	15	20	20	18
114	Einfluß in Fam. geringer geworden	55	35	35	42
115	Alkoholfahne	72,5	45	42,5	53
116	Urteil anderer schwer akzeptieren	75	65	42,5	61

Tab.27: SBF - Ergebnisse 102 diagnostische Items AF/AM

SBF Nr.	Item	AF Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	AM Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	Häufigkeitsdiff.	Signifikante Unterschiede p<
1	Nervosität	87	71	4	0,01
2	Schwitzen	62	63	-1	
3	Verstand verlieren	39	31	8	
4	Selbstmitleid	52	47	5	
5	Verfolgungsvorst.	25	24	1	
6	SM-Gedanken	38	35	3	
7	Verlust berufl.Int.	36	45	-9	
8	Schlafstörungen	79	61	18	0,01
9	Einsamkeit	69	54	15	0,05
10	Potenzverlust	32	43	-11	
11	Rückzug d. Freunde	33	34	-1	
12	Ausbruch aus Fam.	48	42	6	
13	Angstgefühle	78	62	16	0,01
14	Gefühl, daß Partner untreu	28	16	12	0,05
15	Verbitterung	70	73	-3	
16	Zittern d. Hände	68	70	-2	
17	Durst vermehrt	58	54	4	
18	Morgendl. Brechreiz	60	70	-10	
19	Alk.gegen Zittern	68	76	-8	
20	Arbeitsplatzverlust wegen Alk.	21	49	-28	0,001
21	Partner Vorwürfe wegen Trinken	69	54	15	0,05
22	Ärztl.Alk.verbot	73	68	5	
23	Trinkt mehr als and.	72	67	5	
24	Toleranzbruch	63	57	6	
25	Vermeidet A.gespräch	58	41	17	0,01
26	Alk. erlangen	68	51	17	0,01
28	Sicherer mit Alk.	76	74	2	
30	Morgendl. Trinken	73	78	-5	
31	Heimliches Trinken	67	52	15	0,05
34	Aggressiv mit Alk.	66	44	22	0,001
35	Ehe gefährdet weg.A.	48	36	12	
37	Unwiderstehl.Verl.	74	69	5	

SBF Nr.	Item	AF Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	AM Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	Häufigkeitsdiff.	Signifikante Unterschiede p<
39	Familienprobleme wegen Trinken	78	53	25	0,001
40	Toleranzsteigerung	31	33	-2	
41	Alk. gegen Ärger	88	73	15	0,01
42	Polizei weg. Alk.	11	53	-42	0,001
44	Vergebl.Abst.vers.	48	48	0	
45	Denkt oft an Alk.	55	61	-6	
47	Appetitmangel weg.A.	86	84	2	
48	Andere mitschuldig am Trinken	66	54	12	
49	Ohne Alk. gespannt	63	53	10	
50	Glaubt:Kann allein aufhören	38	42	-4	
52	Finanz.Schwierigk. wegen Tr.	13	33	-20	0,001
54	Andere Trinkfreunde	21	38	-17	0,01
56	Versteckter A.vorrat	42	29	13	0,05
57	SM-Gedanken beim Tr.	28	35	-7	
58	Vorwürfe weg. Tr. am Arbeitsplatz	28	61	-33	0,001
60	Black-out	82	80	-8	
61	Weniger tüchtig seit tr.	69	54	15	0,05
62	Trinkt lieber allein	68	46	22	0,001
63	Schuldgefühle weg.Tr.	92	78	14	0,01
64	Trinksystem versucht	55	45	10	
65	Hastiges Trinken	58	42	16	0,05
66	Glaubt:Sollte weniger trinken	94	94	0	
68	Wechsel d.A.getränks	58	57	1	
70	Unsicher:Aufhören mit Trinken	20	32	-12	0,05
71	Unsicher:Aufhören od. weniger trinken	28	43	-15	0,05
72	Freunde:Soll weniger trinken	78	82	-4	
73	Ohne A.keine Zus.arbeit	17	14	3	

SBF Nr.	Item	AF Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	AM Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	Häufigkeits diff.	Signifikante Unterschiede p<
74	Mit A. vortäuschen	35	43	-8	
75	Tr. verheimlichen	78	63	15	0,01
76	Sicher:Kann mit Tr. aufhören	68	73	-5	
77	Weniger Probl.o.Alk.	73	73	0	
78	Fam.weg. Tr. vernachlässigt	53	38	15	0,05
79	Jetzt Partnerprobl.	43	27	16	0,01
80	Offener mit Alk.	42	52	-10	
81	Oft Auseinandersetz.	29	37	-8	
82	Ohne A.andere nicht ertragen können	14	14	0	
83	Alk. erlangen	72	44	28	0,001
84	Ärztl.Rat weniger zu trinken	82	78	4	
85	Weniger empfindl.m.A.	64	76	-12	0,05
86	Trinken lieber in Ges.	27	53	-26	0,001
87	Glaubt:Kann Trinken einschränken	53	57	-4	
88	A. gegen Frustration	83	67	16	0,01
89	A. zur Beruhigung	89	77	12	0,05
90	A. zerstört Leben	83	84	-1	
91	Unsicher:Aufhören oder nicht	53	74	-21	0,001
92	Glaubt:A.schadet n.	27	25	2	
93	Gilt als trinkfest	43	58	-15	0,05
94	Schnell trinken	65	57	8	
95	Kontrollierter mit A.	43	40	3	
96	Andere verstehen Tr. nicht	82	78	4	
97	Ohne A. Partnerschaft besser	48	49	-1	
98	Denken andere über Trinken egal	27	43	-16	0,01
99	Glaubt:Ohne A. kein Leben	21	19	2	
100	Selbstzufrieden mit A.	59	58	1	

SBF Nr.	Item	AF Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	AM Häufigkeit d. Ja-Antw. in %	Häufigkeitsdiff.	Signifikante Unterschiede p<
101	Mehr Probl.als and.	58	62	-4	
102	Verlust an Ansehen	68	64	4	
103	Glaubt:Muß ohne A. ganz ändern	65	69	-4	
104	Kann Tr.n.erklären	58	63	-5	
105	Verständnislosigkeit der anderen	79	73	6	
106	Kontakt durch Alk.	66	67	-1	
107	Karriere ohne Alk.	28	56	-28	0,001
108	Abgestoßen mit A.	53	42	11	
109	Angenommen mit A.	22	25	-3	
110	Abstinenzversuche	92	85	7	
111	Partner Rückzug	37	21	16	0,01
112	Unzufrieden mit Tr.	81	68	13	0,05
113	Mit A. für andere sympathisch	18	24	-6	
114	Einfluß in Fam. geringer geworden	42	25	17	0,01
115	Alkoholfahne	53	72	-19	0,01
116	Urteil anderer schwer akzeptieren	61	58	3	

7. SBF und FBF: Itemselektion

Zur Optimierung und Ökonomisierung des vorliegenden diagnostischen Instruments wurde eine Reduktion der Itemzahl durchgeführt.
Zunächst wurden, für Frauen- und Männerstichprobe gemeinsam, aus den Ja-Beantwortungshäufigkeiten von Alkoholikern und Kontrollpersonen der Quotient $Q = \frac{\%A}{\%K}$ sowie die Differenz $D = \%A - \%K$ errechnet. Ein Quotient $Q \geq 10$ wurde als Kriterium ausreichender Spezifität, eine Differenz $D \geq 50$ als Kriterium ausreichender Sensibilität festgesetzt. Items, die keines der beiden Kriterien erfüllten, wurden wegen zu geringer Trennfähigkeit ausgeschieden.
Als ausreichend trennfähig erwiesen sich 67 SBF- und 11 FBF-Items:
SBF Nr.9,15,16,18-23,26,28,30,31,34,35,37,39,41,44,45, 47-49,52,54,56-58,60-66,68,71-73,75,77-79,82,84,85,88-91, 94-97,99,100,102-104,106-108,110-112,114,115,
FBF Nr.23,34,37-39,42-44,46,47,51.
Die weiteren Schritte der von KÜFNER und RINGER durchgeführten Itemselektion, in die verschiedene statistische Verfahren eingingen, werden an anderer Stelle detailliert beschrieben (FEUERLEIN et al. 1979).
Danach ergab sich für 33 SBF- sowie 9 FBF-Items optimale Trennfähigkeit. Im einzelnen handelt es sich um die folgenden Items:
SBF Nr.15,16,18,19,22,23,28,30,37,39,41,45,47,58,61, 62-64,66,72,75,77,84,88-91,96,97,103,110,112,115,
FBF Nr. 23,34,38,39,42-44,47,51.
Diese 42 Items sollten als Filtertest im Rahmen des Alkoholismus-Projekts an anderen Stichproben untersucht werden.

Die 33 SBF-Items werden im folgenden als'Filter-S', die 9 FBF-Items als 'Filter-F' bezeichnet und deren Trennfähigkeit gesondert analysiert.

7.1 67 Items

7.1.1 AF/KF

Zur Überprüfung der Trennfähigkeit dieser 67 Items wurden für alle Probandinnen die Summenwerte errechnet.

Die Summenscore-Mittelwerte von Alkoholikerinnen und Kontrollpatientinnen unterscheiden sich hochsignifikant (40,3:2,5; $p<0,001$).

Die Häufigkeitsverteilung der Summenwerte für Alkoholikerinnen und Kontrollpatientinnen zeigen Tab.28 und Abb.1 (S.105).

Setzt man die richtige Zuordnung aller Alkoholikerinnen voraus, so werden bei einem Trennpunkt zwischen 5 und 6 7% der Kontrollpatientinnen falsch positiv klassifiziert; die Gesamtübereinstimmung mit der Außendiagnose beträgt somit 96,82%.

Die größte Gesamtübereinstimmung ermöglicht ein Trennpunkt zwischen 13 und 14; 1,67% der Alkoholikerinnen werden falsch negativ, 3% der Kontrollpatientinnen falsch positiv diagnostiziert.

Mit 97,73% erweist sich die Validität der 67 Items angesichts der nicht sehr strengen Selektionskriterien als erstaunlich hoch.

7.1.2 AF-Gr

Auch bei reduzierter Itemzahl sind die Beantwortungsunterschiede zwischen den Klinikgruppen noch deutlich ausgeprägt. Den mit Abstand höchsten Summenscore-Mittelwert erreichen die Hö-Patientinnen mit 46,5. Der Unterschied

zu den Ha- (38,7) sowie den MPI-Patientinnen (35,5) ist signifikant ($p<0,05$ bzw. $p<0,001$).

7.1.3 AF/AM

Alkoholikerinnen beantworten 41 Items häufiger, 22 Items seltener mit Ja als Männer; bei 4 Items ergeben sich keine Differenzen. Die Signifikanz des Unterschieds ist deutlich größer als bei den 102 Items ($p=0,016$, Wilc.).
Der Unterschied der Summenscore-Mittelwerte (AF 40,3; AM 38,4) dagegen erweist sich als nicht signifikant.

7.1.4 F/M

Bei über der Hälfte der Items (44) sind die Häufigkeitsdifferenzen zwischen Alkoholikern und Kontrollpersonen in der Frauenstichprobe größer als bei den Männern, bei 21 Items sind sie kleiner, bei 2 Items gleich groß. Der Unterschied ist signifikant ($p=0,002$, Wilc.).
Die bessere Trennfähigkeit bei Frauen beruht sowohl auf der deutlich größeren Bejahungshäufigkeit bei Alkoholikerinnen im Vergleich zu männlichen Alkoholikern (cf. 7.1.3) als auch auf der signifikant größeren Zahl von Ja-Antworten bei männlichen im Vergleich zu weiblichen Kontrollpersonen ($p=0,011$, Wilc.).
Die Signifikanz des Unterschieds ist im Vergleich zu den 102 Items stärker; mit der Reduzierung der Itemzahl auf 67 ist demnach die Trennfähigkeit für die Frauenstichprobe vergleichsweise stärker gestiegen.

7.2 Filter-S

7.2.1 AF/KF

Die Mittelwerte der Summenscores von Alkoholikerinnen (23,85) und Kontrollpatientinnen (1,56) unterscheiden sich hochsignifikant ($p<0,001$).

Tab.29 und Abb.2 zeigen die Häufigkeitsverteilung der Summenwerte (S.106).
Bei einem Trennpunkt zwischen 3 und 4 werden alle Alkoholikerinnen und 90% der Kontrollpatientinnen richtig klassifiziert; somit ergibt sich eine Übereinstimmung von 95,46%. Sie ist durch die Wahl des Trennpunktes zwischen 9 und 10 auf 98,64% zu steigern; der Anteil falsch positiv zugeordneter Kontrollpatientinnen würde auf 2% vermindert, gleichzeitig jedoch auch eine Alkoholikerin falsch negativ klassifiziert.

7.2.2 AF-Gr
Die Divergenzen in der Beantwortung zwischen der Hö-Gruppe und den beiden anderen Klinikgruppen treten auch im Filter-S noch hervor. Der Summenscore-Mittelwert der Hö-Alkoholikerinnen liegt mit 27,1 signifikant höher als der von Ha- (22,5) und MPI- (21,9) Frauen. Die Signifikanz erreicht in beiden Fällen immerhin noch mittleres Niveau (jeweils $p<0,01$).

7.2.3 AF/AM
Von den 33 Filter-S-Items beantworteten die Alkoholikerinnen 18 häufiger, 13 seltener positiv als männliche Alkoholiker; der Unterschied ist allerdings nicht mehr signifikant ($p=0,09$, Wilc.). Ebenso wie bei 67 Items liegt der Summenscore-Mittelwert für Frauen noch etwas höher (23,9) als für Männer (23,1); der Unterschied ist jedoch ebenfalls nicht mehr signifikant.

7.2.4 F/M
19 Items ergeben in der Frauenstichprobe größere, 13 kleinere Häufigkeitsdifferenzen als bei Männern; ein Item erreicht gleiche Differenz.
Die Trennfähigkeit des Filter-S erweist sich demnach bei

Frauen als noch signifikant besser (p=0,043, Wilc.),wenn auch dieser Unterschied im Vergleich zu den 102 bzw. 67 Items deutlich an Signifikanz verloren hat. Dies beruht auf dem geringeren Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Alkoholikern (cf.7.2.3) einerseits, sowie auf der nicht mehr signifikant größeren Ja-Beantwortungshäufigkeit der Kontrollmänner gegenüber den Kontrollfrauen andererseits (p=0,071, Wilc.).

7.2.5 Direkte/indirekte Items
Durch die Itemselektion sank der Anteil der indirekten Items von 25,5% (26 von 102) auf 9,1% (3 von 33); ihre Trennfähigkeit ist demnach schlechter.

7.3 Filter-F

7.3.1 AF/KF
Die Summenscore-Mittelwerte von Alkoholikerinnen (4,58) und Kontrollpatientinnen (0,06) unterscheiden sich hochsignifikant (p<0,001).
Tab.30 und Abb.3 zeigen die Häufigkeitsverteilung der Summenwerte (S.107).
Eine richtige Klassifizierung aller Alkoholikerinnen ist nicht möglich, weil vier Probandinnen (3,33%) einen Summenscore von 0 haben. Der Trennpunkt, bei dem die meisten Alkoholikerinnen erfaßt werden (96,67%) und bei dem auch die größte Gesamtübereinstimmung möglich ist (95,46%), liegt zwischen 0 und 1; der Anteil falsch positiv diagnostizierter Kontrollpatientinnen beträgt hier 6%.
Der Filter-F-Teil, für sich betrachtet, besitzt somit eine geringere Trennfähigkeit als der Filter-S-Teil.

7.3.2 AF-Gr
Anders als beim Filter-S sind hier die Unterschiede

zwischen den drei Klinikgruppen nicht signifikant.
Die Hö- und Ha-Patientinnen erreichen mit 4,83 den gleichen, die MPI-Patientinnen mit 4,08 einen etwas geringeren Mittelwert.

7.3.3 AF/AM
3 Items treffen für Alkoholikerinnen, 5 Items für männliche Alkoholiker häufiger zu. Der Gesamtunterschied ist nicht signifikant (Wilc.). Dagegen liegt der Summenscore-Mittelwert alkoholkranker Frauen mit 4,58 deutlich unter dem der Männer mit 5,27. Dieser Unterschied ist signifikant ($p<0,05$).

7.3.4 F/M
Die Trennfähigkeit des Filter-F-Teils ist bei keiner der beiden Stichproben entscheidend besser.
Bei 4 Items ergeben sich größere Häufigkeitsdifferenzen in der Frauen-, bei 5 Items in der Männerstichprobe.
Der Unterschied ist nicht signifikant (Wilc.).

7.4 Filter-Gesamt

7.4.1 AF/KF
Der Summenscore-Mittelwert der Alkoholikerinnen beträgt 28,26, derjenige der Kontrollpatientinnen 1,50 ($p<0,001$).
Tab.31 und Abb.4 zeigen die Häufigkeiten der verschiedenen Summenscores (S.108).
Dabei wurde die statistische Vorschrift gleich großer Klassenintervalle bewußt nicht eingehalten. Die eigentliche Modalklasse der Kontrollpatientinnen (Patientinnen mit einem Summenscore von Null) wurde gesondert aufgetragen, um so eine deutlichere Abbildung der übrigen, für die Alkoholikeridentifikation ohnehin relevanteren

Klassen zu ermöglichen.
Bei Annahme des Trennpunkts zwischen 10 und 11 werden sämtliche Alkoholikerinnen sowie 99% der Kontrollpatientinnen richtig klassifiziert. Die Gesamtübereinstimmung beträgt somit 99,55%.

7.4.2 AF-Gr
Der Summenscore-Mittelwert der Hö-Gruppe (31,9) ist höher als der von Ha- (27,2) und MPI-Gruppe (26,0).
Als signifikant erweist sich der Unterschied zwischen Hö- und MPI-Patientinnen ($p<0,001$).

7.4.3 AF/AM
Weibliche und männliche Alkoholiker erreichen fast den gleichen Mittelwert (28,36:28,34).
Von den 42 Filter-Items treffen für Alkoholikerinnen 21 öfter, 18 seltener zu. Der Unterschied ist nicht signifikant (Wilc.).

7.4.4 F/M
Die Häufigkeitsdifferenzen sind bei 21 Items größer, bei 18 kleiner.
Die Trennfähigkeit der Filter-Items insgesamt ist damit bei Frauen etwas besser; der Unterschied ist jedoch nicht signifikant (Wilc.).

7.5 Diskussion

Durch die Itemselektion wurden maximale Sensibilität und optimale Spezifität erreicht; die Übereinstimmung stieg auf 99,6%.
MANSON konnte mit der MANSON EVALUATION 83%, der PDS 78,6%, dem CSI 78% und dem ALCADD TEST 96,7% der

Probandinnen richtig klassifizieren, während MURPHY mit der MANSON EVALUATION 77% und mit dem ALCADD TEST 95% korrekt zuordnen konnte.
Im Vergleich dazu ist unser Resultat als sehr gut zu bezeichnen.
Dabei ist die einzige falsch positive Diagnose nicht bedingt durch zu große Sensibilität der Filter-Items, weil bei richtiger Klassifizierung aller Kontrollpatientinnen durch Verschieben des Trennpunkts nach oben gleichzeitig 10% falsch negativ diagnostizierte Alkoholikerinnen in Kauf zu nehmen wären. Dies wäre jedoch insofern nicht zu rechtfertigen, als das Außenkriterium 'Alkoholismus' als sicherer anzusehen ist als das Außenkriterium 'Kein Verdacht auf Alkoholismus', und zwar weil eine negative klinische Aussage hier zweifellos mit einer größeren diagnostischen Unsicherheit behaftet ist.

Die Notwendigkeit der Selbstbeurteilung wird deutlich am Beispiel der vier Alkoholikerinnen, die auf Grund des Filter-F-Scores allein nicht erfaßt worden wären; die Unverzichtbarkeit der Fremdbeurteilung zeigt das Beispiel der Alkoholikerin, die auf Grund des Filter-S-Scores allein ebenfalls falsch negativ diagnostiziert worden wäre.
Die Beispiele rechtfertigen die Zusammensetzung eines Alkoholismus diagnostizierenden Instruments aus Selbst- und Fremdbeurteilungsteil; darüberhinaus zeigen sie, daß sich eine Diagnose nur auf die Summe von S- und F-Score stützen darf.
Die Tatsache, daß bei der Itemselektion relativ mehr indirekte als direkte SBF-Items ausgeschieden wurden, beweist deren geringere diagnostische Valenz bei der hier untersuchten Stichprobe.
Dies bestätigt sowohl die Ergebnisse von MANSON , der

mit dem ALCADD TEST eine wesentlich bessere Trennfähigkeit erreichte als mit der MANSON EVALUATION, als auch entsprechende Erfahrungen von PLANT u. MILLER in einer Umfrage zum Trinkverhalten der Bevölkerung in Schottland.

Die Unterschiede zwischen Frauen- und Männerstichprobe hinsichtlich der Trennfähigkeit sind durch die Itemselektion geringer geworden. Zwar ist die Trennfähigkeit der SBF-Items bei Frauen noch signifikant besser; im Vergleich zu allen 102 Items und vor allem zur Reduktionsstufe '67 Items' ist der Unterschied zur Männerstichprobe jedoch weniger deutlich ausgeprägt.

Auch der Unterschied, mit dem die FBF-Items bei Männern besser trennen, ist kleiner geworden.

Durch die Kombination von FBF- und SBF-Items heben sich die Unterschiede weitgehend auf. Die Trennfähigkeit der Summe aller Filter-Items ist bei Frauen nur wenig besser.

Eine endgültige Beurteilung von diagnostischer Validität und eventueller Geschlechtsabhängigkeit des Fragebogens setzt dessen Überprüfung an anderen Stichproben voraus.

Bei Bestätigung der extrem niedrigen Fehlklassifikationsrate, der maximalen Sensibilität und der hohen Spezifität könnte der Fragebogen sowohl als Screening-Test, als Diagnoseinstrument und zu epidemiologischen Fragestellungen eingesetzt werden und hätte somit einen breiten Anwendungsbereich.

Tab.28: Häufigkeitsverteilung der Summenwerte 67 Items

S.w.	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
AF	-	0,83	0,83	5,0	5,0	8,33	9,17	14,17	11,67
KF	84	11	1	3	-	-	1	-	-

S.w.	45-49	50-54	55-59	60-64
AF	23,33	13,33	5,0	3,33
KF	-	-	-	-

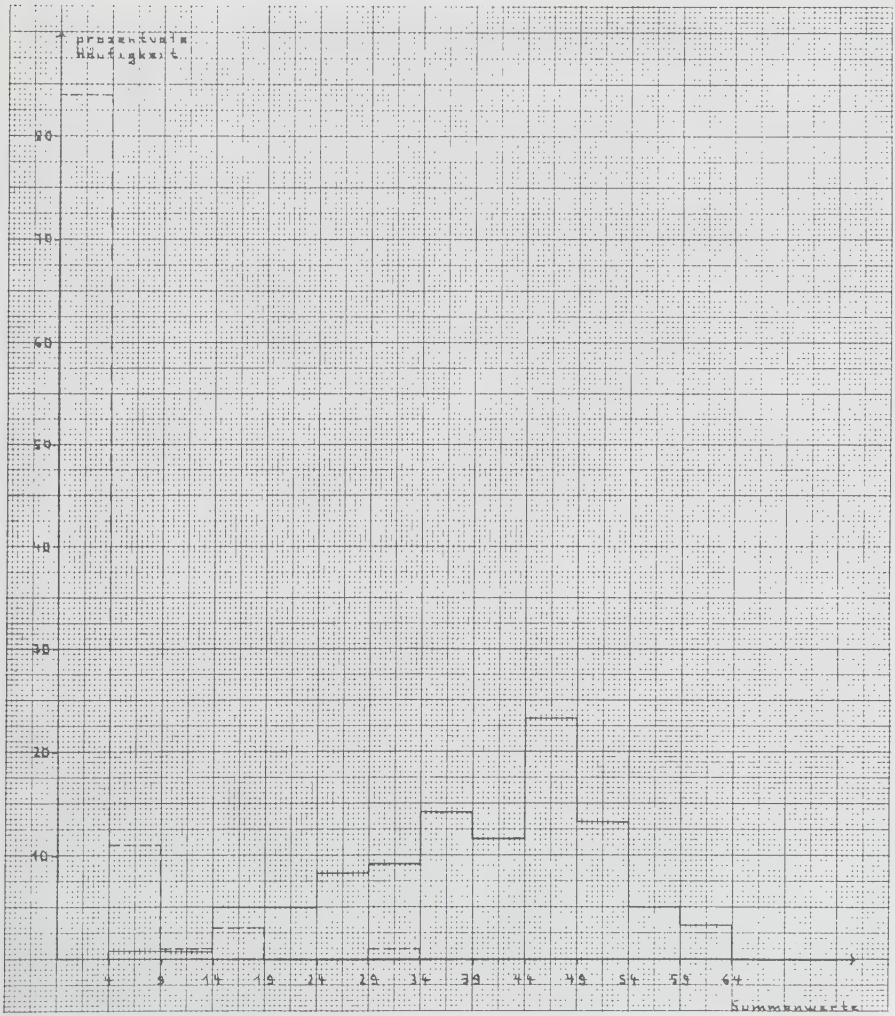


Abb.1 AF ——— KF - - - - -

Tab.29: Häufigkeitsverteilung der Summenwerte Filter-S

S.w.	0-1	2-3	4-5	6-7	8-9	10-11	12-13	14-15	16-17	18-
AF	-	-	0,83	-	-	5,0	3,33	0,83	5,83	5,
KF	67	23	4	3	1	1	-	-	1	-

S.w.	20-21	22-23	24-25	26-27	28-29	30-31	32-33
AF	11,67	4,17	12,5	18,33	18,33	10	4,17
KF	-	-	-	-	-	-	-

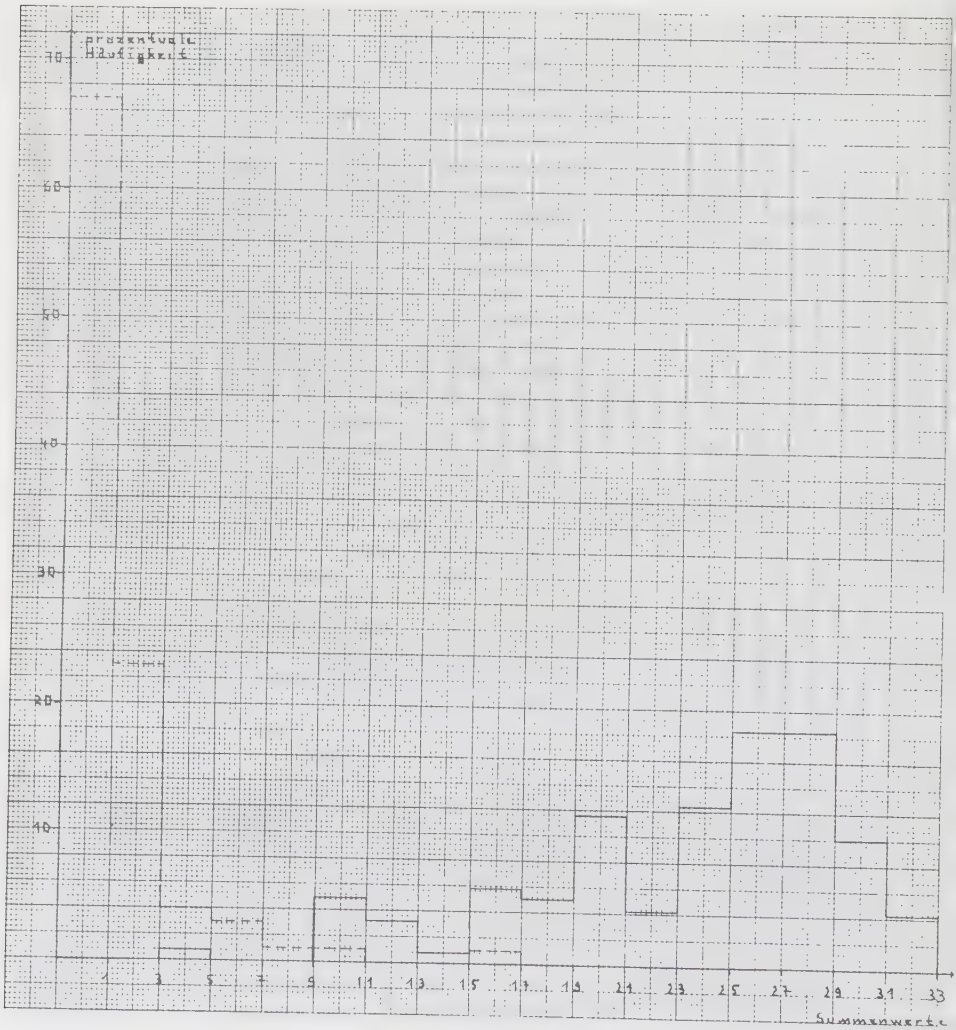


Abb.2 AF ——— KF – – – – –

Tab.30: Häufigkeitsverteilung der Summenwerte Filter-F

S.w.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
AF	3,33	6,67	7,5	13,33	17,5	14,17	18,33	10,0	7,5	1,67
KF	94	6	-	-	-	-	-	-	-	-

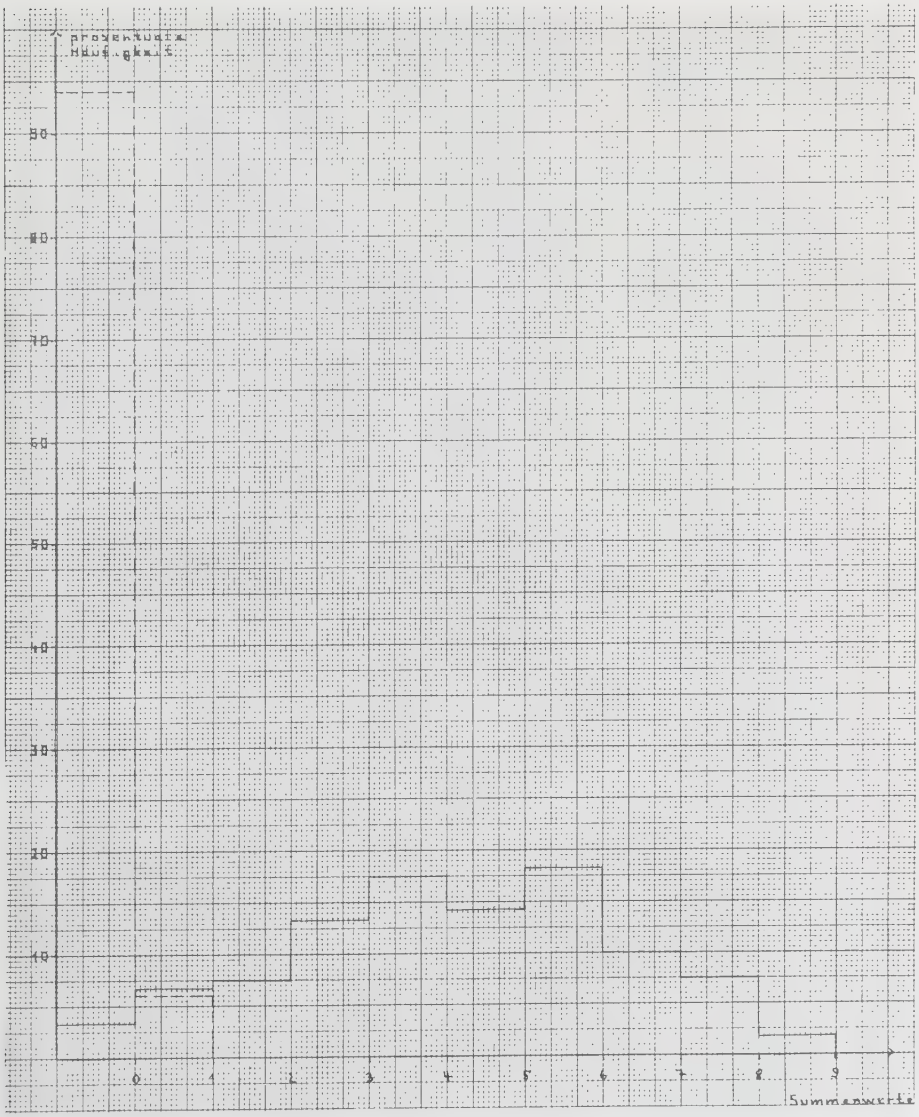


Abb.3 AF ——— KF – – – –

S.w.	0	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20
AF	-	-	-	-	-	-	4,17	0,83	1,67	7,5	3,33
KF	43	37	12	3	3	1	-	-	1	-	-

S.w.	21-22	23-24	25-26	27-28	29-30	31-32	33-34	35-36	37-38
AF	3,33	7,5	6,67	8,33	10,0	21,67	16,67	1,67	8,33
KF	-	-	-	-	-	-	-	-	-

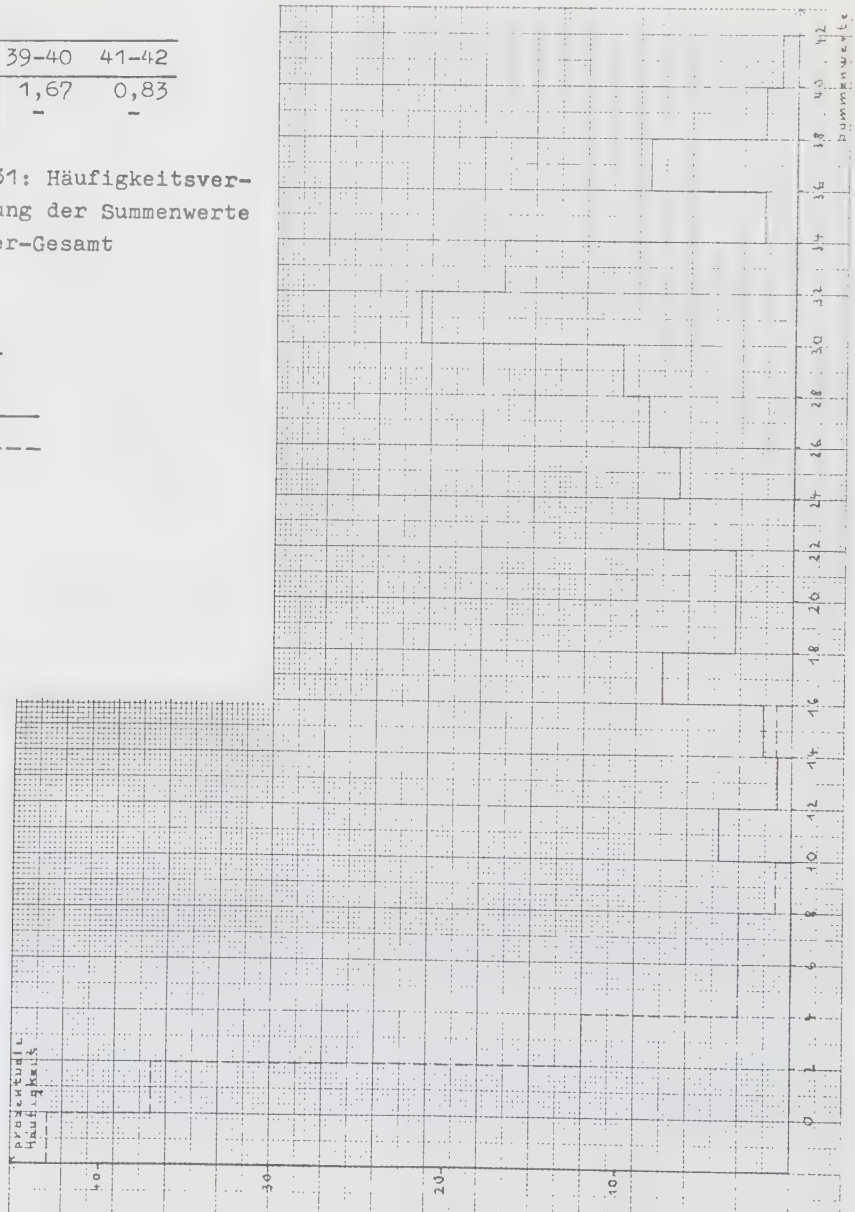
S.w.	39-40	41-42
AF	1,67	0,83
KF	-	-

Tab.31: Häufigkeitsverteilung der Summenwerte Filter-Gesamt

Abb.4

AF ———

KF – – – –



8. Subskalen

Der Arzt, der einen alkoholabhängigen Patienten als solchen diagnostiziert hat, steht vor der Notwendigkeit einer Entscheidung über Prognose und Therapie. Ein diagnostisches Instrument, das ihm über Art der Abhängigkeit, Trinkmotivation, somatische, psychische, soziale und ökonomische Schäden sowie über Krankheitseinsicht des Patienten Aufschluß gäbe, könnte dabei eine wertvolle Entscheidungshilfe sein. Da der vorliegende Fragebogen die genannten Bereiche durch entsprechende Items weitgehend erfaßt, lag es nahe zu überprüfen, inwieweit in dieser Hinsicht eine Differenzierung der Alkoholikerinnen untereinander möglich ist, und darüberhinaus zu versuchen, anhand dieser Differenzierungskategorien Unterschiede im Erscheinungsbild von Alkoholismus bei Frauen und Männern aufzuzeigen.
Deshalb wurden die Items, die nach dem Urteil des Referenten identische Bereiche abdecken, zu Gruppen (Subskalen) zusammengefaßt. Tab. 32 zeigt die Subskalen und ihre Items. Die Subskalen 2 bis 13 bestehen aus SBF-Items; in drei der genannten Subskalen wurde ergänzend auf einige wenige FBF-Items zurückgegriffen. Um die Art des Zusammenhangs zwischen objektiv nachgewiesenen somatischen Erkrankungen und Selbstbeurteilung abschätzen zu können, wurde eine eigene Subskala 1 ausschließlich aus FBF-Items, die diese Schäden erfassen, gebildet.
Eine Überprüfung der korrekten Zuordnung der Items durch Errechnung ihrer Korrelationen mit allen Subskalen ergab, daß lediglich vier Items mit einer anderen Subskala als der, der sie zugeordnet waren, höher korrelierten. Dies ist bei den entsprechenden Items in Tab. 32 vermerkt.
Aus mehreren Gründen wurde auf eine Neuzuordnung dieser

Items ebenso verzichtet wie auf die Anwendung weiterer statistischer Verfahren, etwa zur Bestimmung der Interkorrelationen zwischen den Subskalen oder der Reliabilität. Zunächst ist zu bedenken, daß der Itempool des zur Verfügung stehenden Fragebogens nicht in erster Linie im Hinblick auf differenzierte diagnostische Fragestellungen zusammengestellt worden war; daraus ergab sich die Notwendigkeit, in Kauf zu nehmen, daß einige Subskalen nur wenige Items enthalten konnten. Schließlich kommt der Bildung und Auswertung dieser Subskalen nur der Charakter eines Vorversuchs zu, dessen Ergebnisse als Arbeitshypothesen für eine eventuell später durchzuführende Konstruktion eines eigenständigen Tests zu betrachten sind. Basierend auf statistischen Verfahren, sollte es möglich sein, durch Aufnahme neuer und Ausscheiden wenig differenzierender Items und eventuell durch Skalierung dann neue, bessere Subskalen zu entwickeln und damit ein Untersuchungsinstrument zu schaffen, das über die reine Diagnose von Alkoholismus hinausginge; nach Standardisierung böte dann der Vergleich des Patientenprofils mit den Standardprofilen dem Arzt Informationen, die als Kriterien bei Festlegung von Alkoholismusphase und -typ, Beurteilung der Therapiefähigkeit, Wahl der therapeutischen Institution und Entscheidung über das am besten beeignete Therapieverfahren nützlich sein könnten.
Für durch soziodemographische Grunddaten, Alkoholismusdauer und -typ sowie psychiatrische Nebendiagnose definierte Gruppen von Alkoholikerinnen dieser Stichprobe sowie für die von RICHTER untersuchten männlichen Alkoholiker wurden die Summenscore-Mittelwerte auf den einzelnen Subskalen errechnet. Die Gruppenprofile wurden unter Anwendung des t-Tests auf signifikante Unterschiede geprüft.

Tab.32: Subskalen und ihre Items

Sk 1 Somatischer Befund

Nr.	Item	Korrelation m.d.Subskala
FBF Nr. 23	Leber	0,568
24	Leberanamnese	0,553
25	Gamma-GT	0,342
26	Pankreas	0,189
27	Pankreasanamnese	0,210
28	Gastritis	0,460
29	Gastritisanamnese	0,435
30	Magenresektion	0,198
31	Karzinom	0,173
32	Hypertonie	0,223
33	Übergewicht	0,322
34	Polyneuropathie	0,466
35	Kleinhirndegeneration	0,046
36	Wernicke-Korsakow	0,046
38	Delirium tremens	0,431
41	Brandwunden	0,166
42	Therapieversuche	0,276
46	Toleranzbruch	0,425
47	Alkohol-Foetor	0,278

Sk 2 Vegetative Beschwerden

Nr.	Item	Korrelation m.d.Subskala
SBF Nr. 1	Nervosität	0,484
2	Schwitzen	0,515
8	Schlafstörungen	0,464
10	Potenzverlust	0,329
16	Zittern d. Hände	0,567
17	Durst vermehrt	0,482
18	Morgendl. Brechreiz	0,554
24	Toleranzbruch	0,258
		Sk 1:0,263
47	Appetitmangel wegen Alk.	0,485
84	Ärztl.Rat weniger zu trinken	0,430

Sk 3 Psychische Auffälligkeiten

Nr.	Item	Korrelation m.d.Subskala
FBF Nr. 40	Zigaretten	0,141
		Sk 12:0,302
SBF Nr. 1	Nervosität	0,405
3	Verstand verlieren	0,602
4	Selbstmitleid	0,464
5	Verfolgungsvorst.	0,467
6	SM-Gedanken	0,526
9	Einsamkeit	0,581
13	Angstgefühle	0,524
15	Verbitterung	0,503
57	SM-Gedanken beim Trinken	0,541
81	Oft Auseinandersetzungen	0,437
101	Mehr Probl. als andere	0,589
105	Verständnislosigkeit der anderen	0,341
116	Urteil anderer schwer akzeptieren	0,426

Sk 4 Physische Abhängigkeit

Nr.	Item	Korrelation m.d.Subskala
FBF Nr. 37	Halluzinose	0,267
38	Delirium tremens	0,486
39	Halluzinationen	0,562
45	Techn. Alkohole	0,106
		Sk 5:0,170
SBF Nr. 2	Schwitzen	0,485
3	Verstand verlieren	0,504
5	Verfolgungsvorstellungen	0,451
13	Angstgefühle	0,487
16	Zittern d. Hände	0,508
18	Morgendl. Brechreiz	0,476
19	Alkohol gegen Zittern	0,566
30	Morgendl. Trinken	0,486
68	Wechsel d. Alkoholgetränks	0,470

Sk 5 Psychische Abhängigkeit: Eingeständnis

Nr.	Item	Korrelation m.d.Subskala
SBF Nr. 22	Ärztl. Alkoholverbot	0,457
26	Alk. erlangen	0,698
40	Toleranzsteigerung	0,331
45	Denkt oft an Alkohol	0,687
49	Ohne Alk. gespannt	0,689
83	Alk. erlangen	0,677
99	Glaubt: Ohne Alkohol kein Leben	0,430
103	Glaubt: Muß ohne Alk. ganz ändern	0,581
104	Kann Tr. nicht erklären	0,354

Sk 6 Psychische Abhängigkeit: Trinkmotivation psychische Spannungen

Nr.	Item	Korrelation m.d.Subskala
SBF Nr. 41	Alkohol gegen Ärger	0,687
48	Andere mitschuldig am Trinken	0,512
88	Alk. gegen Frustration	0,716
89	Alk. zur Beruhigung	0,680
95	Kontrollierter mit Alk.	0,560
100	Selbstzufrieden mit Alk.	0,639

Sk 7 Psychische Abhängigkeit: Trinkmotivation Kontaktschwierigkeiten

Nr.	Item	Korrelation m.d.Subskala
SBF Nr. 28	Sicherer mit Alkohol	0,493
73	Ohne Alk. keine Zusammenarbeit	0,467
80	Offener mit Alkohol	0,644
82	Ohne Alk. andere nicht ertragen können	0,391
85	Weniger empfindlich mit Alk.	0,490
86	Trinken lieber in Ges.	0,237
93	Gilt als trinkfest	0,443
106	Kontakt durch Alk.	0,662
109	Angenommen mit Alk.	0,598
113	Mit Alk. für andere sympathisch	0,601

Sk 8 Mangel an Trinkdisziplin und Unfähigkeit zur Abstinenz

Nr.	Item	Korrelation m.d.Subskala
SBF Nr. 37	Unwiderstehl. Verlangen	0,647
44	Vergebl. Abstinenzversuche	0,439
60	Black-out	0,500
64	Trinksystem versucht	0,379
65	Hastiges Trinken	0,667
94	Schnell trinken	0,714
110	Abstinenzversuche	0,247

Sk 9 Heimliches Trinken

Nr.	Item	Korrelation m.d.Subskala
SBF Nr. 25	Vermeidet Alk.gespräch	0,656
31	Heimliches Trinken	0,759
56	Versteckter Alk.vorrat	0,723
62	Trinkt lieber allein	0,751
75	Trinken verheimlichen	0,667

Sk 10 Soziale Schäden: Probleme mit Freunden

Nr.	Item	Korrelation m.d.Subskala
SBF Nr. 11	Rückzug d. Freunde	0,624
34	Aggressiv mit Alk.	0,485
72	Freunde: Soll weniger trinken	0,544
74	Mit Alk. vortäuschen	0,529
96	Andere verstehen Trinken nicht	0,563
98	Denken anderer über Trinken egal	0,221
102	Verlust an Ansehen	0,636
108	Abgestoßen mit Alk.	0,627
115	Alkoholfahne	0,581

Sk 11 Soziale Schäden: Familienprobleme

Nr.	Item	Korrelation m.d.Subskala
SBF Nr. 12	Ausbruch aus Familie	0,360
14	Gefühl, daß Partner untreu	0,467
21	Partner Vorwürfe wegen Trinken	0,686
35	Ehe gefährdet wegen Alkohol	0,793
39	Familienprobleme wegen Trinken	0,632
78	Familie wegen Trinken vernachlässigt	0,700
79	Jetzt Partnerprobleme	0,801
97	Ohne Alk. Partnerschaft besser	0,676
111	Partner Rückzug	0,773
114	Einfluß in Fam. geringer geworden	0,652

Sk 12 Soziale Schäden: Sozioökonomische Probleme

Nr.	Item	Korrelation m.d.Subskala
FBF Nr. 51	Familie sucht Rat	0,241
		Sk 9:0,291
52	Asozialenstatus	0,346
53	Wohnungswechsel	0,479
SBF Nr. 7	Verlust berufl.Interesses	0,470
20	Arbeitsplatzverlust wegen Alk.	0,776
42	Polizei wegen Alk.	0,579
52	Finanz. Schwierigkeiten wegen Trinken	0,594
54	Andere Trinkfreunde	0,521
58	Vorwürfe wegen Tr. am Arbeitsplatz	0,639
61	Weniger tüchtig seit trinkt	0,414
		Sk 13:0,461
107	Karriere ohne Alk.	0,616

Sk 13 Krankheitseinsicht

Nr.	Item	Korrelation m.d.Subskala
SBF Nr. 23	Trinkt mehr als andere	0,689
63	Schuldgefühle wegen Trinken	0,581
66	Glaubt: Sollte weniger Trinken	0,422
77	Weniger Probleme ohne Alk.	0,736
90	Alk. zerstört Leben	0,637
112	Unzufrieden mit Trinken	0,555

Tab.33: Subskalenmittelwerte nach Alter

	19-30 J. N=20	31-40 J. N=53	41-50 J. N=31	>51 J. N=16
Sk 1	6,4	5,6	5,6	7,4
Sk 2	7,1	7,0	6,4	6,3
Sk 3	7,4	7,7	7,5	6,5
Sk 4	6,7	6,3	5,4	5,8
Sk 5	5,1	5,5	4,5	4,6
Sk 6	4,2	4,4	4,3	3,9
Sk 7	4,2	4,2	3,3	3,8
Sk 8	5,2	4,9	4,2	4,6
Sk 9	3,1	3,5	2,6	2,9
Sk 10	5,5	5,1	4,4	4,9
Sk 11	5,4	6,0	3,8	2,9
Sk 12	4,0	3,1	2,5	3,1
Sk 13	5,1	5,2	4,5	4,8

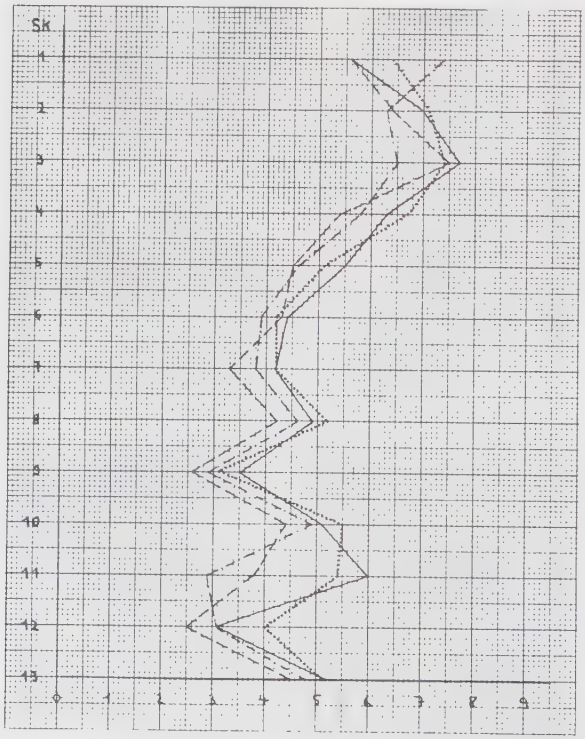


Abb.5

19-30 J. .....
31-40 J. ———
41-50 J. - - - -
>51 J. —·—·—·

Tab.34: Subskalenmittelwerte nach Zivilstand

	ledig N=28	verh. N=48	gesch./getr. N=39	verw. N=5
Sk 1	6,1	5,9	6,1	5,0
Sk 2	6,5	6,9	6,7	7,2
Sk 3	7,4	6,9	8,3	6,8
Sk 4	6,1	6,0	6,3	5,6
Sk 5	4,8	5,2	5,0	5,2
Sk 6	4,2	4,3	4,3	4,4
Sk 7	4,0	3,9	3,8	3,8
Sk 8	4,8	4,6	4,9	4,0
Sk 9	3,1	3,3	3,0	3,4
Sk 10	4,8	4,8	5,1	5,6
Sk 11	3,0	6,2	5,0	2,8
Sk 12	3,6	2,3	3,6	3,6
Sk 13	4,9	5,0	4,9	5,2

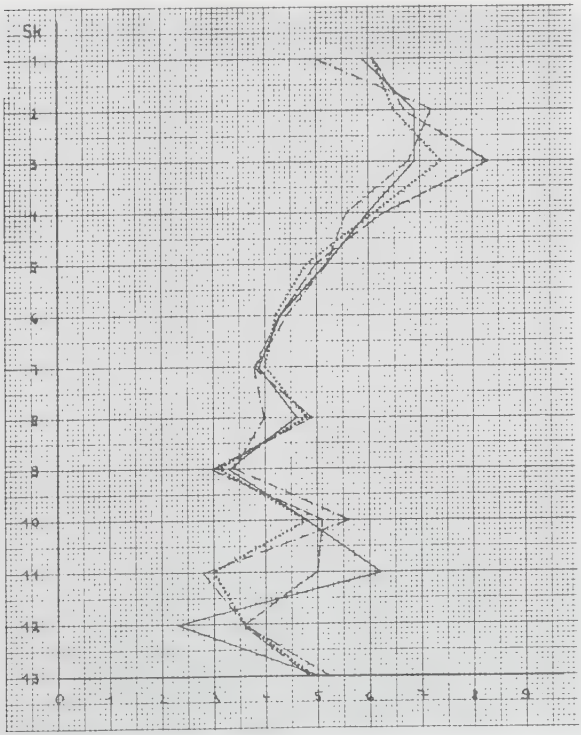


Abb.6

ledig .....
verh. ———
gesch./
getr. - - - - -
verw. —·—·—

Tab.35: Subskalenmittelwerte nach Kinderzahl

	0	1-2	>2
	N=41	N=56	N=23
Sk 1	6,2	6,0	5,6
Sk 2	6,4	6,7	7,5
Sk 3	6,5	7,5	9,0
Sk 4	5,7	5,9	7,2
Sk 5	4,8	4,7	6,3
Sk 6	4,1	4,1	5,0
Sk 7	3,8	3,7	4,5
Sk 8	4,7	4,6	5,2
Sk 9	2,8	3,0	4,1
Sk 10	4,7	4,7	6,1
Sk 11	3,2	5,5	6,6
Sk 12	3,5	2,8	3,0
Sk 13	4,8	5,0	5,2

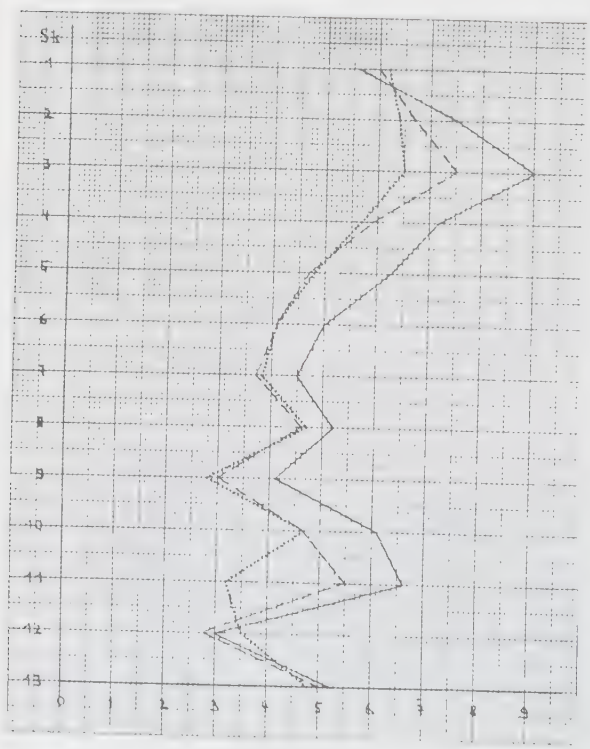


Abb.7

0 .....

1-2 - - - - - -

>2 ———

Tab.36: Subskalenmittelwerte nach Alter des jüngsten Kindes

	1-5 J. N=14	6-14 J. N=35	15-18 J. N=12	19-25 J. N=11	>25 J N=7
Sk 1	5,3	4,8	7,1	7,0	8,6
Sk 2	7,2	6,8	6,9	7,3	6,6
Sk 3	8,5	8,4	7,4	8,0	5,3
Sk 4	6,7	6,1	6,3	7,2	4,7
Sk 5	6,6	4,8	4,8	5,7	3,9
Sk 6	4,7	4,4	4,1	5,1	3,0
Sk 7	4,4	3,9	3,5	4,2	3,7
Sk 8	5,7	4,5	4,6	4,8	4,1
Sk 9	4,1	3,5	2,3	3,2	2,3
Sk 10	6,7	4,9	4,2	5,4	4,0
Sk 11	7,7	6,7	4,4	4,5	1,7
Sk 12	3,8	2,6	2,6	2,9	3,0
Sk 13	5,4	5,1	4,8	5,1	4,4

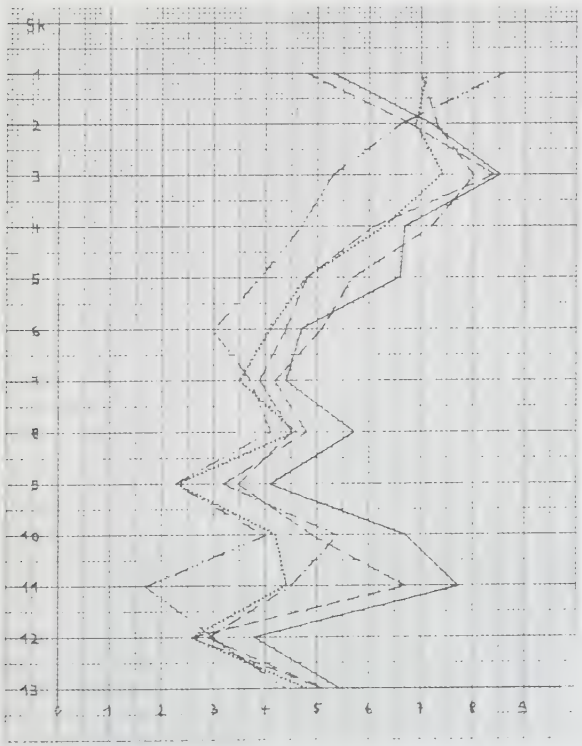


Abb.8

1-5 J. ———
6-14 J. - - - - - -
15-18 J. .....
19-25 J. —·—·—·—
>25 J. —··—··—

Tab.37: Subskalenmittelwerte nach Menopause

	vor Men. N=87	nach Men. N=69
Sk 1	5,6	6,9
Sk 2	6,8	6,5
Sk 3	7,4	7,5
Sk 4	6,1	6,0
Sk 5	5,1	4,9
Sk 6	4,3	4,2
Sk 7	4,0	3,7
Sk 8	4,7	4,8
Sk 9	3,2	3,0
Sk 10	4,9	5,0
Sk 11	5,5	3,5
Sk 12	3,1	3,1
Sk 13	4,9	4,9

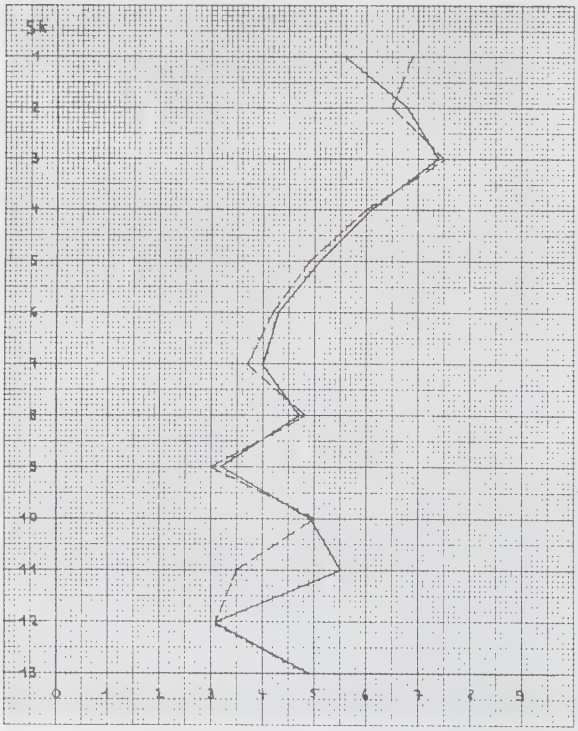


Abb.9

vor Men. ———

nach Men.- - - - -

Tab.38: Subskalenmittelwerte nach sozialer Schicht

	UU N=12	OU N=31	UM N=60	OM/O N=14
Sk 1	6,3	7,0	5,4	5,9
Sk 2	6,0	7,0	6,6	7,2
Sk 3	7,8	7,7	7,3	7,1
Sk 4	5,3	6,1	6,0	6,6
Sk 5	4,2	4,9	5,2	5,2
Sk 6	4,5	4,4	4,2	4,3
Sk 7	4,5	3,8	4,0	2,9
Sk 8	4,4	4,6	4,9	4,7
Sk 9	2,8	3,0	3,3	3,0
Sk 10	4,9	4,7	5,2	4,4
Sk 11	3,7	5,2	5,0	5,5
Sk 12	3,8	3,1	3,1	2,3
Sk 13	4,8	4,8	4,9	5,4

UU = Untere Unterschicht
OU = Obere Unterschicht
UM = Untere Mittelschicht
OM = Obere Mittelschicht
O = Oberschicht

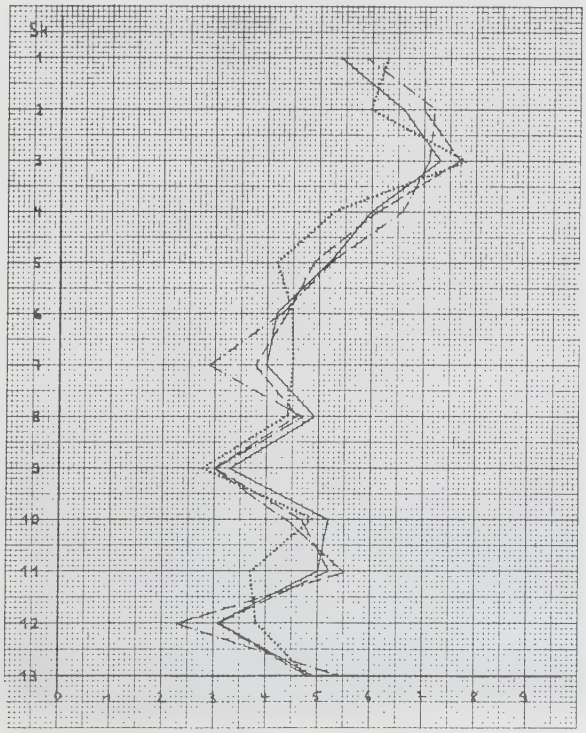


Abb.10

UU .....
OU – – – –
UM ———
OM/O —·—·—

Tab.39: Subskalenmittelwerte nach Alkoholismusdauer

	1-3 J. N=38	4-6 J. N=30	7-10 J. N=33	>10 J. N=19
Sk 1	4,7	6,0	6,5	7,7
Sk 2	6,7	6,8	6,8	6,7
Sk 3	7,6	6,9	7,7	7,6
Sk 4	5,7	6,0	6,2	6,6
Sk 5	4,5	5,4	5,6	4,7
Sk 6	4,4	4,3	4,4	3,7
Sk 7	4,0	4,1	3,9	3,5
Sk 8	4,4	4,8	4,9	4,9
Sk 9	3,0	3,4	3,2	2,7
Sk 10	4,6	4,8	5,6	4,6
Sk 11	4,6	5,7	5,1	4,2
Sk 12	2,5	3,0	3,5	3,8
Sk 13	3,3	2,4	2,9	2,7

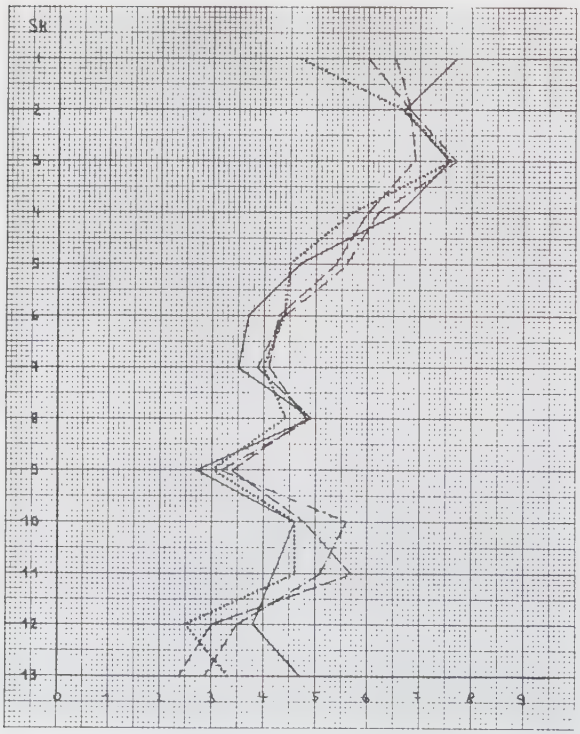


Abb.11

1-3 J. .....
4-6 J. - - - - -
7-10 J. -·-·-·-
>10 J. ———

Tab.40: Subskalenmittelwerte nach Alkoholismus-Typ

	Alpha N=6	Gamma N=95	Delta N=7	Epsilon N=12
Sk 1	2,5	6,3	8,1	4,5
Sk 2	5,2	7,0	5,9	5,8
Sk 3	7,5	7,7	4,4	7,2
Sk 4	4,5	6,5	4,3	4,4
Sk 5	3,7	5,4	3,1	4,2
Sk 6	3,7	4,5	2,4	3,8
Sk 7	3,5	4,1	3,3	2,5
Sk 8	3,3	5,0	3,0	4,3
Sk 9	2,5	3,3	2,1	2,8
Sk 10	3,3	5,2	2,6	4,9
Sk 11	2,8	5,3	1,0	5,2
Sk 12	1,7	3,4	1,3	2,6
Sk 13	4,7	5,0	4,0	4,8

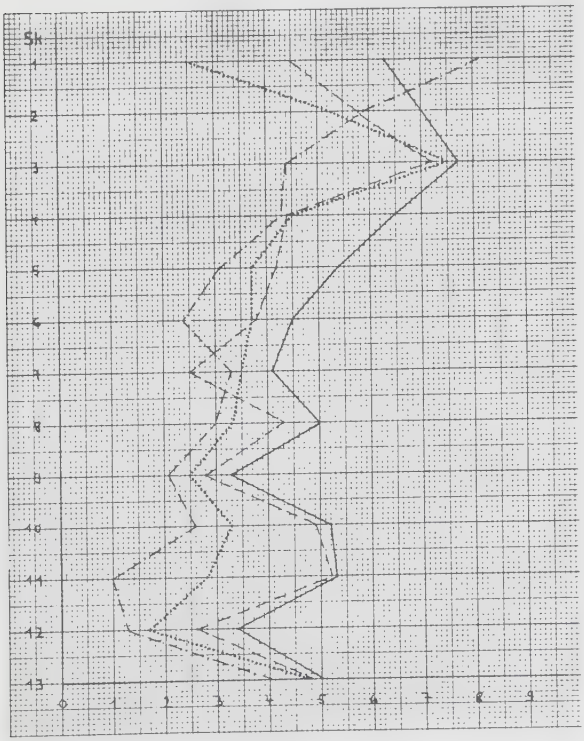


Abb.12

Alpha .....
Gamma ———
Delta -·-·-·-
Epsil. – – – – –

Tab.41: Subskalenmittelwerte nach psychiatrischer Nebendiagnose

	ohne N=29	Neurose N=23	Psychopath. N=48	andere N=20
Sk 1	6,4	6,2	5,6	6,2
Sk 2	6,4	6,7	7,3	6,2
Sk 3	6,1	7,8	8,3	7,0
Sk 4	5,3	6,1	6,7	5,7
Sk 5	4,7	3,9	6,0	4,6
Sk 6	4,0	4,1	4,6	4,1
Sk 7	3,6	3,2	4,3	4,3
Sk 8	4,3	4,7	5,3	4,1
Sk 9	2,6	2,7	3,9	2,8
Sk 10	4,3	3,8	5,9	5,0
Sk 11	4,1	4,1	5,5	5,6
Sk 12	2,5	3,0	3,6	3,1
Sk 13	4,6	5,1	5,1	4,9

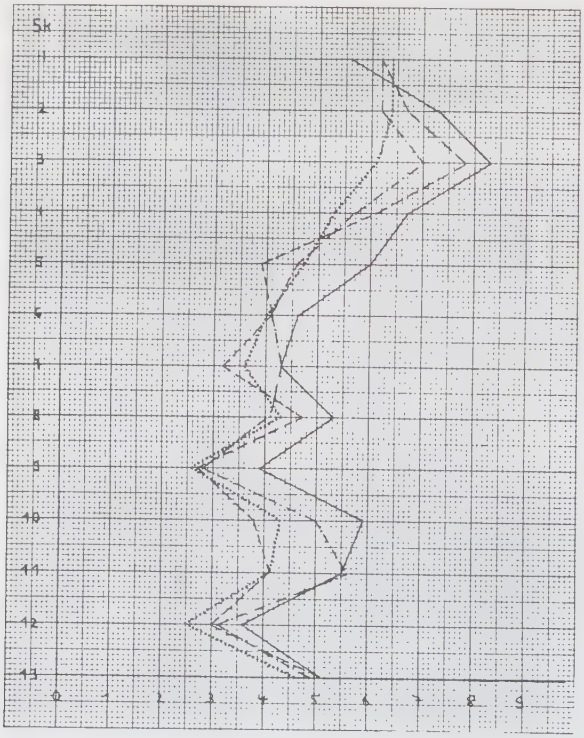


Abb.13

ohne .....

Neurose - - - - - -

Ps.path. ———

andere —·—·—

8.1 Soziodemographische Variablen: Ergebnisse und Diskussion

8.1.1 Ergebnisse

8.1.1.1 Alter (Tab.33 u. Abb.5,S.116)

Die meisten somatischen Erkrankungen (Sk 1) finden sich bei den über 51 Jahre alten Patientinnen; aber auch bei den 19-30jährigen ist das Ausmaß somatischer Schäden bereits erheblich, während die Alkoholikerinnen der beiden mittleren Altersgruppen deutlich weniger Symptome bieten.
Psychische Auffälligkeiten (Sk 3), Eingeständnis psychischer Abhängigkeit (Sk 5), Spannungstrinken (Sk 6), heimliches Trinken (Sk 9), Familienprobleme (Sk 11) sowie Krankheitseinsicht (Sk 13) sind am stärksten ausgeprägt bei den 31-40 Jahre alten Patientinnen. Dabei sind die Unterschiede zu den 41-50jährigen auf den Subskalen 9 ($p<0,05$) und 11 ($p<0,01$) sowie zu den über 51jährigen ebenfalls auf Subskala 11 ($p<0,01$) signifikant.
Die jüngsten Alkoholikerinnen klagen am meisten über vegetative Beschwerden (Sk 2), die Patientinnen der höheren Altersklassen jeweils weniger. Auch auf den Subskalen 4 (Physische Abhängigkeit), 8 (Unfähigkeit zur Abstinenz und Mangel an Trinkdisziplin), 10 (Probleme mit Freunden) und 12 (Sozioönonomische Probleme) sinken die Werte bei den nächstfolgenden Altersklassen ab, um dann allerdings bei den über 51jährigen erneut etwas anzusteigen.

8.1.1.2 Zivilstand (Tab.34 u. Abb.6,S.117)

Die Gruppenprofile von Verheirateten, Ledigen und Geschiedenen oder getrennt Lebenden sind einander recht ähnlich. Lediglich auf den Subskalen 3 (Psychische Auffälligkeiten), 11 (Familienprobleme) und 12 (Sozioökonomische Probleme) ergeben sich etwas größere Mittelwertsdifferenzen. Der Psychopathologiescore (Sk 3) von Ledigen ist etwas, der von Geschiedenen oder getrennt Lebenden deutlich erhöht. Während der Alkoholismus bei Verheirateten zu erheblichen Familienproblemen geführt hat, sind diese bei Ledigen wesentlich seltener (Sk 11; $p<0,001$).
Ledige sowie getrennt Lebende berichten dagegen größere sozioökonomische Probleme als Verheiratete (Sk 12; jeweils $p<0,05$).
Den Auffälligkeiten im Profil der Verwitweten sollte auf Grund der sehr niedrigen Klassenfrequenz (N=5) keine Bedeutung zugemessen werden.

8.1.1.3 Kinderzahl (Tab.35 u. Abb.7,S.118)

Auf insgesamt zehn Subskalen erreichen Mütter von mehr als zwei Kindern im Durchschnitt die höchsten Summenscores. Lediglich auf den Subskalen 1 (Somatischer Befund) sowie 12 (Sozioökonomische Probleme) haben Frauen ohne Kinder die höchsten Werte, während sich hinsichtlich der Krankheitseinsicht (Sk 13) die Gruppen nur unwesentlich voneinander unterscheiden.
Mütter von mehr als zwei Kindern sind zwar durch objektiv nachweisbare Erkrankungen (Sk 1) weniger beeinträchtigt als andere Alkoholikerinnen; ihr Gruppenprofil ist ansonsten jedoch deutlich nach rechts verschoben.

Auf sechs von dreizehn Subskalen erweist sich die Abweichung als signifikant.
Patientinnen mit mehr als zwei Kindern sind im Durchschnitt psychisch auffälliger als Frauen ohne Kinder (Sk 3; $p<0,01$). Sie gestehen häufiger eine psychische Alkoholabhängigkeit ein (Sk 5) als jene ($p<0,05$) und als Mütter von einem oder zwei Kindern ($p<0,01$). Spannungstrinken ist bei ihnen stärker ausgeprägt als bei Patientinnen, die nur ein oder zwei Kinder haben (Sk 6; $p<0,05$), heimliches Trinken stärker als bei den Frauen der beiden anderen Gruppen (Sk 9; jeweils $p<0,01$). Das Verhältnis zu Freunden ist im Vergleich zu jenen ebenfalls mehr belastet (Sk 10; jeweils $p<0,05$). Schließlich sind die Familienprobleme bei ihnen wesentlich, bei Müttern von weniger Kindern etwas größer als bei Patientinnen ohne Kinder (Sk 11; $p<0,001$ bzw. $p<0,05$).

8.1.1.4 Alter des jüngsten Kindes (Tab.36 u. Abb.8,S.119)

Die Gruppenprofile unterscheiden sich deutlich voneinander.
Während Frauen mit erwachsenen Kindern den höchsten Krankheitsscore (Sk 1) haben, erreichen Mütter von Kleinkindern die höchsten Mittelwerte auf fast allen übrigen Subskalen. Dabei erweisen sich die Unterschiede zu anderen Gruppen auf den Subskalen 5, 9 und 11 als signifikant. Mütter von Kleinkindern gestehen ihre Abhängigkeit von Alkohol eher ein als Frauen mit erwachsenen Kindern (Sk 5; $p<0,05$),und heimliches Trinken ist bei ihnen stärker ausgeprägt als bei Patientinnen, deren jüngstes Kind zwischen 15 und 18 Jahre alt ist (Sk 9; $p<0,05$). Darüberhinaus hat ihr Trinken zu größeren Familienproblemen geführt als bei jenen und als bei Frauen mit erwachsenen

Kindern (Sk 11; $p<0,05$ bzw. $p<0,001$); im Vergleich zu Müttern erwachsener Kinder gilt dies auch für Alkoholikerinnen, deren jüngstes Kind zwischen 6 und 14 Jahre alt ist ($p<0,001$).
Patientinnen, deren jüngstes Kind sich in der Adoleszenz befindet und die nach den Alkoholikerinnen mit Kleinkindern im Durchschnitt die höchsten Scores erreichen, geben häufiger als Frauen mit erwachsenen Kindern Spannungstrinken an (Sk 6; $p<0,05$).
Bei der zuletzt genannten Gruppe, deren Mittelwerte auf den meisten Subskalen am niedrigsten sind, ist allerdings zu berücksichtigen, daß sie nur aus sehr wenigen Probandinnen besteht.

8.1.1.5 Menopause (Tab.37 u. Abb.9,S.120)

Bei Postmenopausenfrauen sind häufiger somatische Krankheiten festzustellen (Sk 1; $p<0,05$); dagegen klagen sie etwas weniger über vegetative Beschwerden als Frauen, die sich vor der Menopause befinden (Sk 2). Sie berichten etwas seltener Kontakttrinken (Sk 7), und ihre Familienprobleme sind weniger stark ausgeprägt (Sk 11; $p<0,01$).
Ansonsten verlaufen die Profile der beiden Gruppen fast kongruent.

8.1.1.6 Soziale Schicht (Tab.38 u. Abb.10,S.121)

Während sich die Profile von oberer Unterschicht und unterer Mittelschicht kaum unterscheiden, ergeben sich zwischen unterer Unterschicht und oberer Mittelschicht zum Teil deutliche Mittelwertsdifferenzen.
Dabei sind die Werte von Patientinnen der unteren Unterschicht besonders niedrig und von Patientinnen der oberen

Mittelschicht besonders hoch auf den Subskalen 2 (Vegetative Beschwerden), 4 (Physische Abhängigkeit), 5 (Eingeständnis psychischer Abhängigkeit) und vor allem 11 (Familienprobleme).
Auf den Subskalen 3 (Psychische Auffälligkeiten), 7 (Kontakttrinken) und 12 (Sozioökonomische Probleme) kehrt sich das Verhältnis um.

8.1.2 Diskussion

Für Alkoholikerinnen zwischen 31 und 40 Jahren sind Auffälligkeiten auf den psychische Faktoren erfassenden Subskalen charakteristisch. Ein hoher Psychopathologiescore zeichnet sie ebenso aus wie eine besonders starke Ausprägung psychischer Abhängigkeit und heimlichen Trinkens. Der Alkoholismus dieser Patientinnen hat vor allem im familiären Bereich zu Problemen geführt.
Überraschend ist, daß die jüngsten Patientinnen am häufigsten vegetative Beschwerden, physische Abhängigkeit, Unfähigkeit zu Abstinenz und kontrolliertem Trinken berichten und die sozialen und sozioökonomischen Folgen des Alkoholismus bei ihnen schwerwiegender sind als bei den übrigen Patientinnen. Dies ist nicht allein auf eine größere Offenheit (cf.6.1) zurückzuführen; denn bei ihnen ist auch objektiv nach den ältesten Patientinnen die stärkste physische Beeinträchtigung festzustellen.
Aus der Tatsache, daß der Alkoholismus bei Ledigen und Geschiedenen bereits zu erheblichen finanziellen und beruflichen Problemen geführt hat, während sich die negativen Auswirkungen der Sucht bei Verheirateten auf den familiären Bereich beschränken, ergibt sich, daß Familie bzw. Partnerschaft offensichtlich die verheiratete

Frau vor massiven sozioökonomischen Konsequenzen schützt. Dies wäre eine weitere Erklärung für die unter Frauen im Vergleich zu männlichen Alkoholikern wesentlich niedrigere Rate von beruflichem Abstieg (cf.4.10) und Asozialenstatus (cf.5.24).
Ob der hohe Psychopathologiescore Geschiedener und getrennt Lebender zu deuten ist als zu Unfähigkeit zu dauerhafter Partnerbindung ebenso wie zu Alkoholabhängigkeit disponierender prämorbider Faktor oder aber als Folge des langjährigen Alkoholabusus, läßt sich anhand der vorliegenden Daten nicht entscheiden.
Daß sich das Erscheinungsbild des Alkoholismus bei Müttern von mehr als zwei Kindern so deutlich von dem bei anderen Frauen unterscheidet, ist in dieser Form bisher nicht berichtet worden. Die starke Ausprägung von Spannungstrinken läßt sich auf den hohen Psychopathologiescore dieser Frauen zurückführen; heimliches Trinken dürfte wohl als Versuch der alkoholabhängigen Mutter, ihre Sucht vor den Kindern zu verbergen, zu interpretieren sein. Evident ist, daß Alkoholismus bei einer Mutter von mehreren Kindern zu mehr Familienproblemen führt als bei anderen Frauen. Die stärkeren negativen Auswirkungen auf das Verhältnis zu Freunden könnten auf die größeren Sanktionen hinweisen, denen sich eine alkoholabhängige Mutter von mehreren Kindern ausgesetzt sieht.
Frauen mit Kleinkindern scheinen unter ihrer Alkoholabhängigkeit im Vergleich zu anderen am meisten zu leiden. Während die starke Ausprägung von heimlichem Trinken und Familienproblemen zu erwarten war, könnte das hohe Maß an Eingeständnis psychischer Abhängigkeit und Krankheitseinsicht aus einem größeren Verantwortungsbewußtsein resultieren. Die im Vergleich zu anderen

Frauen stärkere Beeinträchtigung von sozialen Beziehungen und sozioökonomischen Verhältnissen zeigt, daß sich die Folgen der Alkoholabhängigkeit einer Mutter von kleinen Kindern nicht auf den Bereich beschränken, der im Mittelpunkt ihrer Tätigkeit steht. Dies legt die Vermutung nahe, daß auch der soziale Druck ungleich größer ist.
Insgesamt weisen die durchweg hohen Werte sowohl der Frauen mit mehr als zwei Kindern als auch der Frauen mit Kleinkindern auf eine Inkompatibilität von Alkoholabhängigkeit und Mutterrolle hin.
Ihre Erfahrung,immer mehr hinter den aus Realität, Rollenerwartung und Selbstverständnis erwachsenden Ansprüchen zurückzubleiben, wirkt offensichtlich problempotenzierend.
Daß die Mutterrolle von der alkoholabhängigen Frau überhaupt als konflikthaft erlebt wird, signalisiert der Wiederanstieg der mit zunehmendem Alter des jüngsten Kindes zunächst sinkenden Werte bei den Frauen, deren erwachsen werdende Kinder sich vom Elternhaus lösen.

Den Unterschieden zwischen Frauen vor und nach der Menopause kommt insofern nur geringe Bedeutung zu, als sie in ähnlicher Weise bei der Aufteilung nach Alter zu beobachten sind. Nach den Subskalenergebnissen verändert demnach Menopause das Erscheinungsbild des Alkoholismus nicht entscheidend. Diese Feststellung tangiert nicht die unter 4.7.2 diskutierte mögliche Bedeutung artifizieller Menopause bei der Genese des Alkoholismus bei Frauen.
Eine schichtspezifische Ausprägung des Alkoholismus kann weder bewiesen noch falsifiziert werden. Dies ist bedingt durch die diesbezüglich relativ homogene Zusammensetzung der hier untersuchten Alkoholikerinnenstichprobe.

Patientinnen aus oberer Unterschicht und unterer Mittelschicht, deren Profile sich kaum voneinander unterscheiden, stellen den Hauptanteil, während untere Unterschicht und obere Mittelschicht, deren Mittelwerte zum Teil erheblich differieren, nur sehr schwach repräsentiert sind und Oberschichtpatientinnen ganz fehlen.

8.2 Variablen Alkoholismusdauer, -typ, psychiatrische Nebendiagnose: Ergebnisse und Diskussion

8.2.1 Ergebnisse

8.2.1.1 Alkoholismusdauer (Tab.39 u. Abb.11,S.122)

Mit zunehmender Alkoholismusdauer steigen die Summenscore-Mittelwerte auf vier Subskalen an; dies gilt für somatische Krankheiten (Sk 1), physische Abhängigkeit (Sk 4), Unfähigkeit zur Abstinenz und Mangel an Trinkdisziplin (Sk 8) sowie für sozioökonomische Probleme (Sk 12).
Dabei ergeben sich hinsichtlich des Ausmaßes physischer Schäden signifikante Unterschiede zwischen der Gruppe mit einer Alkoholismusdauer von 7 bis 10 Jahren bzw. von mehr als 10 Jahren und der Gruppe der erst seit weniger als 3 Jahren alkoholabhängigen Patientinnen (Sk 1;$p<0,05$ bzw. $p<0,01$).
Demgegenüber sind vegetative Beschwerden bei allen Gruppen gleich stark.
Auf drei Subskalen hebt sich nur eine Klasse durch einen relativ niedrigen Summenscore ab. Während Patientinnen mit 4-6jähriger Suchtdauer weniger psychische Auffälligkeiten zeigen (Sk 3), ist Spannungs- und Kontakttrinken

(Sk 6 und Sk 7) seltener bei Frauen mit über 10jähriger Alkoholismusanamnese zu beobachten.
Deutliche Maxima bei mittlerer Krankheitsdauer ergeben sich auf den Subskalen 5 (Eingeständnis psychischer Abhängigkeit), 9 (Heimliches Trinken), 10 und 11 (Probleme in Freundeskreis bzw. Familie) sowie 13 (Krankheitseinsicht).

8.2.1.2 Alkoholismus-Typ (Tab.40 u. Abb.12,S.123)

Delta-Alkoholikerinnen haben den mit Abstand höchsten Krankheitsscore (Sk 1). Der Unterschied zu den Gamma- sowie den Alpha-Trinkerinnen ist signifikant ($p<0,01$ bzw. $p<0,05$).
Auf allen anderen Subskalen dagegen erreichen Gamma-Alkoholikerinnen die höchsten, Delta-Alkoholikerinnen außer auf den Subskalen 2 und 7 die niedrigsten Mittelwerte.
Die psychische Abhängigkeit von Gamma-Trinkerinnen ist signifikant stärker ausgeprägt (Sk 6; $p<0,01$). Auf den soziale Folgeschäden erfassenden Subskalen 10 und 11 erweist sich der Unterschied zwischen beiden Gruppen ebenfalls als signifikant. Gamma-Alkoholismus hat sich sowohl im Freundeskreis ($p<0,05$) als auch in der Familie ($p<0,01$) verhängnisvoller ausgewirkt.
Das Durchschnittsprofil von Alpha-Trinkerinnen ist charakterisiert durch minimale Werte auf den Subskalen 1 (Somatischer Befund) und 2 (Vegetative Beschwerden) und durch einen relativ hohen Wert auf der Subskala 3 (Psychische Auffälligkeiten).
Epsilon-Trinkerinnen fallen auf durch einen extrem niedrigen Mittelwert auf Sk 7 (Kontakttrinken); im übrigen erreichen sie auf acht Subskalen nach den Gamma-

Alkoholikerinnen die höchsten Werte.

8.2.1.3 Psychiatrische Nebendiagnose (Tab.41 u. Abb.13,S.124)

Während die als psychopathisch diagnostizierten Alkoholikerinnen mit ihren Mittelwerten auf Sk 1 (Somatischer Befund) deutlich hinter den übrigen Patientinnen liegen, erreichen sie auf allen anderen Subskalen die höchsten Werte. Lediglich die Krankheitseinsicht ist bei Neurotikerinnen gleich groß.
Die neurotischen Patientinnen haben einen relativ hohen Mittelwert auf Sk 3 (Psychische Auffälligkeiten), niedrigste Werte auf den Subskalen 5 (Eingeständnis psychischer Abhängigkeit), 7 (Kontakttrinken) sowie 10 (Probleme mit Freunden).
Patientinnen ohne psychiatrische Nebendiagnose erreichen durchweg sehr niedrige Summenscore-Mittelwerte.
Die Unterschiede zu den als psychopathisch klassifizierten Alkoholikerinnen sind signifikant auf den Subskalen 3 (Psychische Auffälligkeiten; $p<0,01$), 5 (Eingeständnis psychischer Anhängigkeit; $p<0,05$), 8 (Mangel an Trinkdisziplin und Unfähigkeit zur Abstinenz; $p<0,05$), 9 (Heimliches Trinken; $p<0,01$) sowie 10 (Probleme mit Freunden; $p<0,01$).
Zusätzlich erweisen sich die Unterschiede zwischen psychopathischen und neurotischen Alkoholikerinnen als signifikant auf den Subskalen 5 (Eingeständnis psychischer Abhängigkeit; $p<0,001$) sowie 10 (Probleme mit Freunden;$p<0,01$).

8.2.2 Diskussion

Die Subskalenergebnisse bestätigen, daß mit zunehmender

Alkoholismusdauer Unfähigkeit zu Abstinenz und diszipliniertem Trinken sowie physische Abhängigkeit immer größer werden, die Zahl der Folgekrankheiten steigt und sozioökonomische Probleme sich häufen.
Psychische Abhängigkeit, heimliches Trinken, negative soziale Konsequenzen, aber auch Krankheitseinsicht sind bei mittlerer Suchtdauer am stärksten ausgeprägt.
Bei über 10jähriger Alkoholismusdauer sind psychische Trinkmotivationen (Spannungstrinken und Kontakttrinken) völlig in den Hintergrund getreten. Die Abhängigkeit ist so stark geworden, daß Alibis und Heimlichkeit aufgegeben werden; der Alkoholismus hat sich verselbständigt.

Eine Therapie scheint demnach bei mittlerer Alkoholismusdauer am meisten erfolgversprechend zu sein, weil dann somatische Schäden und sozialer Abstieg noch nicht irreversibel sind, der soziale Druck jedoch am größten ist und die Abhängigkeit am ehesten eingestanden wird.

Die Gruppierung der Patientinnen nach dem Alkoholismus-Typ ergibt deutlich voneinander getrennte Mittelwertsprofile.
Für Alpha-Trinkerinnen bestätigt sich deren psychische Abhängigkeit ebenso wie das weitgehende Fehlen somatischer Krankheiten und vegetativer Beschwerden.
Erwartungsgemäß erweisen sich die Delta-Alkoholikerinnen als am stärksten gesundheitlich beeinträchtigt.
Die starke psychische Abhängigkeit von Gamma-Alkoholikerinnen wird vor allem im Vergleich zu Delta-Trinkerinnen bewiesen. Darüberhinaus ist bei den Gamma-Alkoholikerinnen dieser Stichprobe auch die physische Abhängigkeit bereits so weit fortgeschritten, daß sie größer ist als bei den Delta-Trinkerinnen und der diesbezügliche ursprüngliche Unterschied zwischen beiden Gruppen nicht mehr erkennbar ist.

Während die Sozialbezüge von Gamma- im Vergleich zu Delta-Trinkerinnen wesentlich stärker gestört sind, ist der Unterschied hinsichtlich sozioökonomischer Schäden geringer.
Die Subskalenergebnisse bestätigen somit empirisch die Alkoholismus-Typologie von JELLINEK bzw. die richtige Klassifizierung der Alkoholikerinnen durch die behandelnden Ärzte.
Einschränkend ist dabei jedoch auf die geringe Besetzung dreier von vier Klassen hinzuweisen. 95 Gamma-Alkoholikerinnen stehen lediglich 12 Epsilon-, 7 Delta- sowie 6 Alpha-Trinkerinnen gegenüber, so daß die Aussagekraft der Ergebnisse etwas eingeschränkt wird.
Wegen der geringen Zahl von Delta-Alkoholikerinnen wurde im übrigen auch die ursprüngliche Absicht aufgegeben, die Items der Subskala 8 zwei Unterskalen zuzuordnen, je nachdem ob sie Kontrollverlust oder Unfähigkeit zur Abstinenz erfassen, so daß dieser nach JELLINEK entscheidende Unterschied zwischen Gamma- und Delta-Alkoholikerinnen in den Mittelwertsprofilen nicht zum Ausdruck kommt.
Zwischen psychopathischen Alkoholikerinnen und Patientinnen ohne psychiatrische Nebendiagnose ergeben sich große, zwischen Neurotikerinnen und nicht zusätzlich psychiatrisch diagnostizierten Patientinnen dagegen nur geringe Unterschiede.
Danach scheinen Psychopathien als tiefgreifende Persönlichkeitsstörungen den Alkoholismus eher zu verstärken als Neurosen. Inwieweit Alkoholismus eine larvierte Persönlichkeitsstörung überhaupt erst aufdeckt, kann aus den vorliegenden Daten nicht beurteilt werden.

9. Alkoholikerinnen im Vergleich zu männlichen Alkoholikern : Ergebnisse und Diskussion der Subskalen-Gruppenprofile

9.1 Ergebnisse (Tab.42 u. Abb.14,S.141)

Signifikante Unterschiede zwischen Alkoholikerinnen und männlichen Alkoholikern ergeben sich auf den Subskalen 6, 9, 11 und 12. Demnach sind bei Frauen Spannungstrinken (Sk 6; $p<0,05$) und heimliches Trinken (Sk 9; $p<0,001$) stärker ausgeprägt. Der Alkoholismus hat zu wesentlich größeren Familienproblemen (Sk 11; $p<0,01$), jedoch nur zu vergleichsweise geringen sozioökonomischen Konsequenzen (Sk 12; $p<0,001$) geführt.
Darüberhinaus sind somatische Krankheiten (Sk 1), Kontakttrinken (Sk 7) sowie Beeinträchtigung des Verhältnisses zu Freunden (Sk 10) etwas häufiger bei Männern festzustellen, während vegetative Beschwerden (Sk 2), psychische Auffälligkeiten (Sk 3), Unfähigkeit zur Abstinenz und Mangel an Trinkdisziplin (Sk 8), aber auch Krankheitseinsicht(Sk 13)stärker bei Frauen ausgeprägt sind.

9.2 Diskussion

Drei der vier signifikanten Unterschiede dürften auf die spezifische Rollenverteilung zwischen Frauen und Männern zurückzuführen sein.
Der Alkoholismus führt in dem Bereich zu Problemen, der im Zentrum der jeweiligen Tätigkeit steht.
Für die Frau ist dies, sofern sie verheiratet ist, Kinder hat und Hausfrau ist, die Familie. Hier erlebt sie am ehesten durch ihre Alkoholabhängigkeit bedingtes

Versagen.
Offenbar sind auch die Familienangehörigen einer alkoholabhängigen Frau weit weniger bereit, sich mit deren Alkoholismus abzufinden, d.h. die den Alkoholismus der Frau sanktionierenden Normen gelten auch im Bereich der Familie. MULFORD ermittelte, daß Frauen wegen ihres Alkoholismus gerade von ihren Kindern besonders kritisiert werden. Auch die bei den Alkoholikerinnen unserer Untersuchung im Vergleich zu den Männern höhere Scheidungsrate sowie die größere Häufigkeit, mit der Familienmitglieder sich hilfesuchend an entsprechende Institutionen wandten, dürften auf einen größeren familiären Druck hinweisen.
Umgekehrt erweisen sich Ehe und Familie für die Alkoholikerin als Schutzinstanz vor größeren sozioökonomischen Problemen, wie sie sich bei ledigen Frauen und vor allem bei Männern in erheblich größerem Umfang ergeben. Ähnliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern konnten auch WANKE, WANBERG u. HORN sowie MULFORD feststellen.
Auf die große Häufigkeit von heimlichem Trinken bei Alkoholikerinnen wiesen bereits LISANSKY sowie KINSEY und WANBERG u. KNAPP hin; HORN u. WANBERG, PEMBERTON sowie BROMET u. MOOS stellten fest, daß dieses Trinkverhalten unter weiblichen im Vergleich zu männlichen Alkoholikern wesentlich mehr verbreitet ist. Es kann also wohl als für alkoholabhängige Frauen typisch gelten. Wenn Alkoholikerinnen mehr als männliche Alkoholiker dazu tendieren, allein und heimlich zu trinken, so liegt dies zunächst einmal darin begründet, daß Pflichten und Aufgaben als Hausfrau und Mutter die Alkoholikerin daran hindern, Trinkgelegenheiten außerhalb des Hauses wahrzunehmen. Außerdem ist es unter Frauen,

zumindest der Mittelschicht, ohnehin wohl weniger üblich, ähnlich wie Männer Lokale aufzusuchen, nur um dort Alkohol zu trinken. Vermutlich paßt sich die Alkoholikerin hierin den Trinkverhaltensnormen an.
Vor allem aber dürfte die größere Tendenz, heimlich zu trinken, darauf zurückzuführen sein, daß exzessiver Alkoholgenuß bei Frauen tabuisiert ist, bei Männern dagegen eher toleriert und akzeptiert wird oder sogar als Zeichen von Männlichkeit gilt. In ähnlicher Weise, nämlich mit der Furcht der Alkoholikerin vor kritisierenden Bemerkungen, deuten WANBERG u. HORN heimliches Trinken.
Daß Frauen signifikant häufiger als Männer psychische Spannungen als Trinkmotivation angeben, wurde auch von BERNER u. SOLMS, WANBERG u. HORN, WESSELY u. PERNHAUPT sowie MULFORD berichtet. Dieser Unterschied läßt sich wohl kaum auf die spezifische Rollenverteilung zurückführen. Sieht man in den angegebenen Motiven mehr als Alibis, so deutet die bei Frauen größere Unfähigkeit, psychische Spannungen ohne Alkohol zu ertragen, auf eine geringere Frustrationstoleranz hin. In diesem Zusammenhang sei an die signifikant größere Häufigkeit psychiatrischer Nebendiagnosen ebenso erinnert wie an die deutlich höhere Rate von gleichzeitiger Sedativa-Abhängigkeit. Offensichtlich besteht bei Alkoholikerinnen eine insgesamt größere Unfähigkeit, Konflikte realitätsgerecht zu verarbeiten. Schließlich ist noch die gegenüber männlichen Alkoholikern im Durchschnitt nur halb so lange Alkoholismusanamnese zu berücksichtigen; da mit zunehmender Alkoholismusdauer die Trinkmotivationen in den Hintergrund treten, ist der Unterschied zwischen Frauen und Männern auch von daher zu erklären.

Auf Grund dieser Zusammenhänge ist es einleuchtend, daß sich Frauen stärker als Männer von Alkohol psychisch abhängig fühlen.
Wie die Mittelwerte der entsprechenden Subskala zeigen, sind sich die Alkoholikerinnen dieser Abhängigkeit bewußt und gestehen sie häufiger ein.
Demgegenüber ist das Ergebnis, wonach hinsichtlich der physischen Abhängigkeit zwischen Frauen und Männern kein Unterschied besteht, insofern überraschend, als zum Zeitpunkt der Untersuchung die Alkoholismusdauer bei Frauen wesentlich kürzer war. Demnach muß bei den hier untersuchten Alkoholikerinnen eine frühzeitige Entwicklung physischer Abhängigkeit angenommen werden.
Somatische Schäden waren bei ihnen zwar seltener als bei Männern festzustellen; über vegetative Beschwerden klagten sie allerdings etwas häufiger.
Die Ursachen für eine eventuell progredientere Entwicklung physischer Beeinträchtigung bei alkoholabhängigen Frauen können hier nicht diskutiert werden; auf die Problematik der Fragestellung wurde am Beispiel der Hepatopathien bereits hingewiesen.
Unsere Ergebnisse zeigen eine bei Frauen im Vergleich zu Männern etwas größere Krankheitseinsicht.
Vielleicht könnte dies damit zusammenhängen, daß die alkoholabhängige Frau die Probleme im familiären Bereich intensiver und traumatischer erlebt als auf der anderen Seite der alkoholkranke Mann die negativen sozioökonomischen Alkoholismuskonsequenzen. Andererseits dürfte der größere soziale Druck, dem sich die Alkoholikerin ausgesetzt sieht, von Bedeutung sein und die Entwicklung von Einsicht beschleunigen.

Tab.42: Subskalenmittelwerte AF/AM

	AF N=120	AM N=120
Sk 1	6,0	6,5
Sk 2	6,8	6,5
Sk 3	7,5	7,3
Sk 4	6,1	6,2
Sk 5	5,1	4,6
Sk 6	4,3	3,7
Sk 7	3,9	4,6
Sk 8	4,7	4,3
Sk 9	3,1	2,3
Sk 10	4,9	5,1
Sk 11	4,9	3,6
Sk 12	3,1	5,3
Sk 13	4,9	4,6

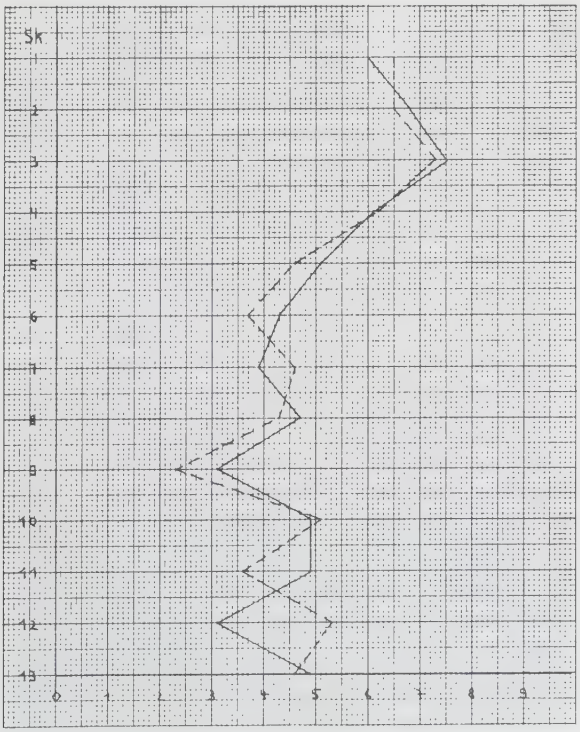


Abb.14

AF ———

AM – – – – –

10. Bemerkungen zu den Klinikgruppen

Um die Zusammensetzung der hier untersuchten Alkoholikerinnenstichprobe genauer zu charakterisieren, wurden die Ergebnisse in den Teilen Grunddaten, FBF und SBF nach Klinikgruppen aufgeschlüsselt.
Ha-Patientinnen waren am ältesten; die Raten von Scheidung, beruflichem Abstieg und Sedativaabusus waren am höchsten. Die Alkoholikerinnen dieser Gruppe hatten am häufigsten einen ebenfalls alkoholabhängigen Partner. Die Hälfte gehörte der Unterschicht an. Ha-Patientinnen waren physisch am stärksten beeinträchtigt.

Hö-Patientinnen waren am jüngsten; gegenüber der Kontrollgruppe waren Mütter von mehr als zwei Kindern, Mütter von Kleinkindern sowie Hausfrauen überrepräsentiert. Der Anteil der Patientinnen, deren Familienangehörige wegen der Trinkprobleme bei entsprechenden Institutionen Rat suchten, war hier am größten. Spezifische Therapieversuche waren am häufigsten, gleichzeitige Abhängigkeit von Sedativa am seltensten. Bei Hö-Alkoholikerinnen wurden die meisten Psychopathien diagnostiziert. Die physische Beeinträchtigung war am geringsten.

MPI-Patientinnen hatten im Durchschnitt die kürzeste Alkoholismusanamnese. Die Zahl getrennt lebender und kinderloser Patientinnen war hoch. Überrepräsentiert waren Arbeitslose und Selbständige. Bei den Frauen dieser Gruppe fand sich die höchste familiäre Belastung.

Somit ergibt sich, daß sowohl hinsichtlich der sozialen Situation als auch des somatischen Status Ha-Patientinnen am stärksten, Hö-Patientinnen am wenigsten beeinträchtigt waren.
Andererseits erreichten Hö-Patientinnen bei den SBF-Items die höchsten Mittelwerte.
Tab.43 und Abb.15 zeigen die Subskalenmittelwerte der drei Klinikgruppen (S.143).

Tab.43: Subskalenmittelwerte AF-Gr

	Hö N=40	Ha N=40	MPI N=40
Sk 1	5,2	6,9	6,0
Sk 2	7,3	6,5	6,5
Sk 3	7,9	7,9	6,6
Sk 4	6,8	5,8	5,6
Sk 5	6,4	4,4	4,4
Sk 6	4,6	4,4	3,9
Sk 7	4,2	3,7	3,7
Sk 8	5,5	4,6	4,1
Sk 9	4,3	2,4	2,7
Sk 10	5,9	4,9	4,0
Sk 11	5,6	5,1	4,1
Sk 12	3,6	3,2	2,5
Sk 13	5,2	4,8	4,8

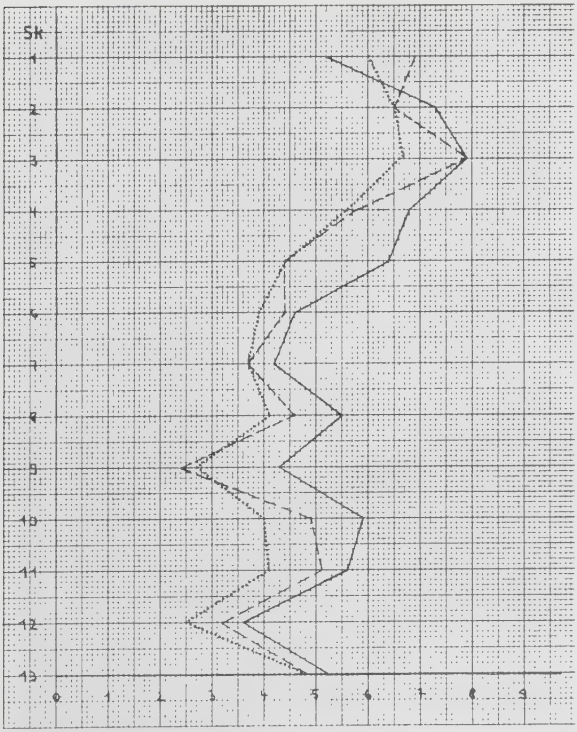


Abb.15

Hö ———

Ha – – – – –

MPI .....

Die Mittelwertsprofile der drei Klinikgruppen verlaufen deutlich voneinander getrennt.
Während auf Sk 1 (Somatischer Befund) die Ha-Gruppe vor MPI- sowie Hö-Gruppe liegt und Hö- sowie Ha-Patientinnen auf Sk 3 (Psychische Auffälligkeiten) gemeinsam den ersten Rang einnehmen, erreichen auf den übrigen elf Subskalen die Hö-Alkoholikerinnen die höchsten Mittelwerte.
Die Werte von Ha- und MPI-Gruppe sind auf den Subskalen 5 (Eingeständnis psychischer Abhängigkeit), 7 (Kontakttrinken) sowie 13 (Krankheitseinsicht) gleich. Auf Sk 9 (Heimliches Trinken) ist der Mittelwert von MPI-Patientinnen, auf den restlichen Subskalen der von Ha-Patientinnen höher.
Somit ergibt sich auf den Subskalen 4 (Physische Abhängigkeit), 6 (Spannungstrinken), 8 (Mangel an Trinkdisziplin und Unfähigkeit zur Abstinenz), 10 (Probleme mit Freunden), 11 (Familienprobleme) und 12 (Sozioökonomische Probleme) ein deutlicher Abstand der Mittelwerte in der Reihenfolge Hö>Ha>MPI.
Die Unterschiede zwischen Hö- und Ha-Patientinnen hinsichtlich des Eingeständnisses psychischer Abhängigkeit (Sk 5) und heimlichen Trinkens (Sk 9) erweisen sich jeweils als hochsignifikant ($p<0,001$).
Für die Unterschiede zwischen Hö- und MPI-Gruppe ergibt sich auf Sk 9 (Heimliches Trinken) ebenfalls starke ($p<0,001$), auf den Subskalen 5 (Eingeständnis psychischer Abhängigkeit) und 8 (Mangel an Trinkdisziplin und Unfähigkeit zur Abstinenz) mittlere ($p<0,01$) sowie auf Sk 10 (Probleme mit Freunden) schwache Signifikanz ($p<0,05$).

Zwischen Hö-Patientinnen auf der einen und Ha- bzw. MPI-Patientinnen auf der anderen Seite ergeben sich also ähnliche Unterschiede, wie sie bei der Aufteilung nach Kinderzahl, Alter des jüngsten Kindes und Nebendiagnose zu beobachten waren.
Da in der Hö-Gruppe Mütter von mehr als zwei Kindern und Mütter eines Kleinkindes sowie Psychopathinnen überrepräsentiert waren, stellt sich die Frage, ob damit die Bedeutung der bei Aufteilung nach den oben genannten Variablen sich ergebenden Unterschiede abzuschwächen ist oder ob sich im Profil der Hö-Gruppe die Besonderheiten ihrer Zusammensetzung abbilden.
Ohne Überprüfung an anderen Stichproben ist dies nicht zu entscheiden.

11. Zusammenfassende Diskussion

Im Vergleich zu den Alkoholismus diagnostizierenden Instrumenten, die bisher an Frauen empirisch überprüft wurden, konnte mit dem hier untersuchten Fragebogen ein sehr gutes Ergebnis erzielt werden.
Dies ist umso bemerkenswerter, als hier nicht, wie in früheren Untersuchungen (MANSON, MURPHY) gesunde Kontrollpersonen, sondern stationär aufgenommene Patientinnen eines Allgemeinkrankenhauses berücksichtigt wurden, die sich natürlich in ihrem somatischen Status von Alkoholikerinnen weniger unterscheiden.
Der prozentuale Anteil hochsignifikant trennender Einzelitems war beim Fremdbeurteilungsfragebogen niedriger als beim Selbstbeurteilungsfragebogen. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, daß einige Krankheitsbilder bei unseren Alkoholikerinnen sehr selten zu beobachten waren (z.B. Halluzinose und Wernicke-Korsakow-Syndrom), so daß sich zwischen Alkoholiker- und Kontrollgruppe nur minimale Häufigkeitsdifferenzen ergaben. Darüberhinaus war beim Filter-F die Fehlklassifikationsrate höher als beim Filter-S, so daß die Trennfähigkeit des Selbstbeurteilungsteils bei dieser Untersuchung als etwas besser einzustufen ist.
Die gesonderte Auswertung beider Teile bewies deren jeweilige Unverzichtbarkeit für eine korrekte Diagnose möglichst aller Probandinnen.

Durch die Berücksichtigung von Patientinnen unterschiedlicher klinischer Institutionen sollte eine Heterogenität der Alkoholikerinnenstichprobe gewährleistet werden. Daß dieses Ziel erreicht wurde, beweisen die sich bei Grunddaten, FBF- und SBF-Ergebnissen sowie Subskalen-Gruppenprofilen ergebenden deutlichen Unter-

schiede.
Hospitalisierte bzw. in Klinikambulanzen sich einer Therapie unterziehende Alkoholikerinnen dürften somit ausreichend repräsentiert gewesen sein.
Zur Beurteilung der Tauglichkeit des Filter-Tests zur Früherkennung von Alkoholismus müssen allerdings noch Probandinnen untersucht werden, deren Alkoholabhängigkeit sich in der Prodromalphase befindet und die den Allgemeinarzt oder den Internisten z.B. wegen intermittierender gastrointestinaler Symptomatik aufsuchen. Es wird sich zeigen müssen, ob das Untersuchungsinstrument auch bei Berücksichtigung solcher diagnostisch problematischer Fälle eine ausreichende Trennfähigkeit bewahren kann.
Schließlich muß der Fragebogen an einer Kontrollgruppe nicht alkoholkranker psychiatrischer Patientinnen überprüft werden. Da bei der Validierung eines diagnostischen Instruments Versuchs- und Kontrollgruppe in möglichst vielen außer den zu untersuchenden Merkmalen übereinstimmen sollen, ist in Anbetracht der Tatsache, daß bei unseren Alkoholikerinnen eine hohe Rate psychiatrischer Nebendiagnosen festzustellen war, eine solche Überprüfung unerläßlich.

Die Trennfähigkeit des Fragebogens war bei Frauen besser als bei Männern. Der Unterschied war besonders groß bei der Summe der 102 bzw. 67 diagnostischen SBF-Items. Dies war bedingt durch eine wesentlich größere Bejahungshäufigkeit bei Alkoholikerinnen im Vergleich zu männlichen Alkoholikern einerseits sowie eine geringere Zustimmungsrate von weiblichen gegenüber männlichen Kontrollpersonen andererseits.
Durch die für Frauen- und Männerstichprobe gemeinsam durchgeführte Itemselektion wurde dieser Unterschied

weitgehend nivelliert. Obwohl auch der Filter-S-Teil bei Frauen noch signifikant besser trennt, ist die Trennfähigkeit des Filter-Gesamt-Tests nur noch geringfügig besser.
Es kann also davon ausgegangen werden, daß das auf dem Wege der Itemselektion entwickelte verkürzte Diagnoseinstrument weitgehend geschlechtsunabhängig ist und somit bei weiblichen wie männlichen Probanden verwendet werden kann.

Von den in der Literatur beschriebenen Charakteristika von Alkoholikerinnen bzw. Alkoholismus bei Frauen konnten auf Grund signifikanter Unterschiede im Vergleich zu Kontrollpatientinnen erhöhte Raten von Scheidung, Alkoholismus des Partners und der Mutter, psychiatrischer Nebendiagnose sowie Gebrauch und Abusus von Sedativa bestätigt werden.
Wegen fehlender Signifikanz konnte eine überdurchschnittliche Häufigkeit von Kinderlosigkeit nur mit Einschränkung verifiziert werden.
Dagegen waren auffällige Altersunterschiede zwischen den Partnern, letzter Rang in der Geschwisterreihe sowie Alkoholismus des Vaters bei Kontrollpatientinnen zumindest ebenso häufig zu beobachten, so daß diesen Merkmalen zumindest für unsere Alkoholikerinnen der Charakter von Auffälligkeiten abzusprechen ist und sich von daher Hinweise auf eine mögliche Bedeutung bei der Genese von Alkoholismus nicht unbedingt ergeben.

Über die genannten Ergebnisse hinaus brachte unsere Untersuchung hinsichtlich Grunddaten und sozialer Auffälligkeiten keine neuen Erkenntnisse.
Es ist also festzustellen, daß sich die Alkoholikerinnen unserer Untersuchung, abgesehen von den Alkoholismusfolgekrankheiten und den mit der Alkoholabhängigkeit

in direktem Zusammenhang stehenden Eigentümlichkeiten von den nicht alkoholkranken Frauen nur in wenigen Punkten unterschieden.
Bei der Häufigkeitsdifferenz psychiatrischer Nebendiagnosen ist zu bedenken, daß nur bei einem kleinen Prozentsatz unserer Kontrollpatientinnen überhaupt eine psychiatrische Untersuchung durchgeführt wurde. Die sehr hohe Rate psychiatrischer Auffälligkeiten läßt jedoch erwarten, daß sich auch bei entsprechender Untersuchung der Kontrollpersonen noch große Unterschiede ergeben hätten. Die häufige Koinzidenz von Alkoholismus und psychischer Erkrankung dürfte an die Therapie besondere Anforderungen stellen.
Als besonders problematisch dürfte sich die Behandlung der gleichzeitigen Abhängigkeit von Alkohol und Sedativa erweisen, einmal weil hier wohl eine allgemein süchtige Fehlhaltung angenommen werden kann, zum andern, weil bei der Entwicklung von zusätzlichem Sedativaabusus bei der Alkoholikerin der Arzt in vielen Fällen wohl insofern nicht ganz von Mitschuld freizusprechen ist, als bei der Entstehung von Abhängigkeit neben der Prädisposition immer auch die leichte Zugänglichkeit des Suchtmittels eine Rolle spielt.

Von den Alkoholikerinnen früherer Untersuchungen unterschieden sich unsere Patientinnen durch niedrigeres Durchschnittsalter und kürzere Alkoholismusdauer bei größerer Häufigkeit spezifischer Therapieversuche.
Die Relation von Gamma- zu Delta-Trinkerinnen war wesentlich deutlicher, Alkoholismus des Vaters sowie Alkoholberufe ließen sich seltener feststellen.
Während demnach früher vor allem Frauen mit entsprechender familiärer Belastung, beruflicher Nähe zu Alkohol sowie aus sozialen Randgruppen Alkoholikerinnen wurden,

scheint, auf Grund der zunehmenden Angleichung des Trinkverhaltens von Frauen und Männern hinsichtlich der Selbstverständlichkeit von Alkoholgenuß überhaupt, Alkoholismus bei Frauen ein sich auf alle sozialen Schichten und Berufe erstreckendes Phänomen zu werden. Dennoch kann man annehmen, daß außerhalb gesellschaftlicher Randgruppen, z.B. in der Mittelschicht, der die meisten der hier untersuchten Frauen angehörten, die sozialen Sanktionen gegenüber Alkoholabhängigkeit nach wie vor sehr stark wirksam sind. Dies würde erklären, warum sich unsere Patientinnen vergleichsweise häufiger bereits spezifischen Therapieversuchen unterzogen hatten, ihre Alkoholismusanamnese kürzer und ihr Durchschnittsalter niedriger war.

Bei den soziodemographischen Grunddaten und den Ergebnissen von Fremd- und Selbstbeurteilungsfragebogen konnten ebenso wie bei den Subskalenprofilen zwischen Alkoholikerinnen und männlichen Alkoholikern signifikante Unterschiede diskutiert und entsprechende Beobachtungen aus der Literatur zumeist bestätigt werden.
Demnach unterscheiden sich alkoholabhängige Frauen von Männern in drei Bereichen:
in sozialer Hinsicht durch Zugehörigkeit zu höheren sozialen Schichten, höhere Raten von Alkoholismus des Partners und der Mutter, größere Häufigkeit getrennt Lebender und Geschiedener, stärkere Beeinträchtigung im familiären Bereich und geringeres Ausmaß sozioökonomischer Schäden,
hinsichtlich ihrer Persönlichkeitsstruktur und ihres vielleicht damit in Zusammenhang stehenden typischen Trinkverhaltens durch höhere Raten von Neurose, Psychopathie und gleichzeitiger Abhängigkeit von Sedativa sowie von Spannungstrinken und heimlichem Trinken,

schließlich hinsichtlich einer möglichen größeren Progredienz ihres Alkoholismus, die sich andeutet in gleicher Häufigkeit von Hepatopathien und gleich starker Ausprägung physischer Abhängigkeit sowie der größeren Zahl von Therapieversuchen trotz im Durchschnitt nur halb so langer Alkoholismusdauer.

Anhand der Subskalen konnten unter den Alkoholikerinnen hinsichtlich Folgeerkrankungen, Art der Alkoholabhängigkeit, Trinkmotivation und Trinkverhalten sowie sozialer Folgeschäden Unterschiede aufgezeigt werden.

Bei Aufteilung nach soziodemographischen Grunddaten ergaben sich die meisten signifikanten Unterschiede bei den Variablen 'Alter des jüngsten Kindes' und 'Kinderzahl'. Ebenso häufig waren signifikante Mittelwertsdifferenzen zwischen den Profilen bei Gruppierung nach Alkoholismus-Typ und psychiatrischer Nebendiagnose. Dabei verteilten sich die signifikanten Unterschiede auf neun der dreizehn Subskalen; den Familienprobleme, heimliches Trinken sowie objektiv feststellbare Erkrankungen erfassende Subskalen kam in dieser Reihenfolge die größte Bedeutung zu.

An dieser Stelle ist noch einmal darauf hinzuweisen, daß sich bei einigen Variablen zum Teil sehr niedrige Klassenfrequenzen ergaben, so daß die entsprechenden Resultate entweder gar nicht diskutiert werden konnten oder die Interpretationen nur mit Zurückhaltung zu werten sind.

Außerdem ist zu bedenken, daß der Itempool des vorliegenden Fragebogens nicht in erster Linie im Hinblick auf differenzierte diagnostische Fragestellungen zusammengestellt worden war.

Durch Aufnahme neuer und Ausscheiden wenig differenzierender Items, eventuell durch Skalierung sowie

Anwendung statistischer Verfahren könnten neue, bessere Subskalen entwickelt werden. Nach Standardisierung an größeren Patientenkollektiven ergäbe sich ein Untersuchungsinstrument, das über die reine Diagnose von Alkoholismus hinausgeht.
Der Vergleich des Patientenprofils mit den Standardprofilen böte dem Arzt wertvolle Informationen, die als Kriterien bei Festlegung von Alkoholismusphase und -Typ, Beurteilung der Therapiefähigkeit, Wahl der therapeutischen Institution und Entscheidung über das am besten geeignete Therapieverfahren nützlich sein könnten.

12. Zusammenfassung

Im Rahmen eines Projekts zur Entwicklung und Validierung eines Alkoholismus diagnostizierenden Instruments an der Poliklinik des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie wurde ein aus soziodemographischen Grunddaten, Selbst- und Fremdbeurteilungsteil bestehender Fragebogen an einer Frauenstichprobe empirisch überprüft.
Untersucht wurden 120 Alkoholikerinnen verschiedener Kliniken sowie 100 Kontrollpatientinnen eines Allgemeinkrankenhauses.
Der durch Itemselektion aus dem Fragebogen entwickelte Filter-Test erreichte maximale Sensibilität und optimale Spezifität; 99,6% aller Probandinnen konnten richtig diagnostiziert und damit im Vergleich zu den bisher an Frauen erprobten Diagnoseverfahren ein sehr gutes Resultat erzielt werden.
Dabei erwies sich die Trennfähigkeit des Selbstbeurteilungsteils als etwas besser als die des Fremdbeurteilungsteils; die Unverzichtbarkeit sowohl von Selbst- als auch von Fremdbeurteilung für die Alkoholismusdiagnostik konnte aufgezeigt und damit die Zusammensetzung des Diagnoseinstruments aus Selbst- und Fremdbeurteilungsteil rechtfertigt werden.
Verglichen mit einer Paralleluntersuchung an einer Männerstichprobe, erwies sich die Trennfähigkeit des Gesamtfragebogens bei Frauen als deutlich, die des Filter-Tests als nur noch geringfügig besser; der Test ist somit als weitgehend geschlechtsunabhängig zu bezeichnen und sowohl bei männlichen als auch bei weiblichen Probanden anwendbar.
Von den in der Literatur beschriebenen Charakteristika von Alkoholikerinnen konnten auf Grund signifikanter

Unterschiede im Vergleich zu Kontrollpatientinnen erhöhte Raten von Scheidung, Alkoholismus des Partners und der Mutter, psychiatrischer Nebendiagnose sowie von Gebrauch und Abusus von Sedativa bestätigt werden.

Von den Alkoholikerinnen früherer Untersuchungen unterschieden sich unsere Patientinnen durch niedrigeres Durchschnittsalter und kürzere Alkoholismusanamnese bei größerer Häufigkeit spezifischer Therapieversuche; das Überwiegen von Gamma- gegenüber Delta-Alkoholismus war deutlicher, Alkoholismus des Vaters sowie Alkoholberufe ließen sich seltener feststellen.

Von den Männern unterschieden sich die alkoholabhängigen Frauen erstens in sozialer Hinsicht durch Zugehörigkeit zu höheren sozialen Schichten, höhere Raten von Alkoholismus der Mutter und des Partners, von Trennung und Scheidung, stärkere familiäre und geringere sozioökonomische Beeinträchtigung, zweitens hinsichtlich Persönlichkeitsstruktur und Trinkverhalten durch höhere Raten von Neurose, Psychopathie und gleichzeitiger Abhängigkeit von Sedativa, größere Häufigkeit von heimlichem und Spannungstrinken sowie drittens hinsichtlich einer möglichen größeren Progredienz ihres Alkoholismus, die sich andeutet in gleicher Häufigkeit von Hepatopathien und gleich starker Ausprägung physischer Abhängigkeit sowie der größeren Zahl von Therapieversuchen trotz im Durchschnitt nur halb so langer Alkoholismusdauer.

Mit Hilfe von Subskalen konnte das Erscheinungsbild von Alkoholismus bei Frauen differenziert beschrieben und dessen Abhängigkeit von soziodemographischen und medizinischen Variablen aufgezeigt werden. Die Aufteilung der Patientinnen nach soziodemographischen Grunddaten ergab die meisten signifikanten Unterschiede bei den Variablen 'Alter des jüngsten Kindes' und 'Kinderzahl';

ebenso häufig waren signifikante Mittelwertsdifferenzen zwischen den Profilen bei Gruppierung nach Alkoholismus-Typ und psychiatrischer Nebendiagnose.

Literaturverzeichnis

van AMBERG,R.J.:
A study of 50 women patients hospitalized for alcohol addiction
Dis. Nerv. Syst. 4, 246-251 (1943)

BASQUIN,M., OSOUF,C.:
Etude de 50 cas d'éthylisme féminin; constatations sociologiques, cliniques et étiologiques
Rev. Alcsme 11, 173-180 (1965)

BELFER,M.L., SHADER,R.I., CARROLL,M., HARMATZ,J.S.:
Alcoholism in women
Arch. Gen. Psychiat. 25, 540-544 (1971)

BERICHT ÜBER DIE LAGE DER PSYCHIATRIE IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND
Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung
Anhang
Bundestags-Drucksache 7/4201

BERNER,P., KRYSPIN-EXNER,K.:
Die Entwicklung des weiblichen Alkoholismus im Einzugsgebiet der Wiener Klinik seit 1954
Wien. med. Wschr. 115, 860-867 (1965)

BERNER,P., SOLMS,W.:
Alkoholismus bei Frauen
Wien. Z. Nervenheilk. 6, 275-301 (1953)

BLANE,H.T., BARRY III,H.:
Birth order and alcoholism: a review
Quart. J. Stud. Alc. 34, 837-852 (1973)

BOCHNIK,H.J., BURCHARD,J., DIECK,C.:
Alkoholmißbrauch bei Frauen
Nervenarzt 30, 433-442 (1959)

BROMET,E., MOOS,R.:
Sex and marital status in relation to the characteristics of alcoholics
J. Stud. Alc. 37, 1302-1312 (1976)

CRITERIA COMMITTEE
NATIONAL COUNCIL ON ALCOHOLISM:
Criteria for the diagnosis of alcoholism
Amer. J. Psychiat. 129, 127-135 (1972)

CURLEE,J.:
A comparison of male and female patients at an alcoholism treatment center
J. Psychol. 74, 239-247 (1970)

DEMEL,I.:
Die Rolle des Partners und der Familie in der Behandlung von Abhängigkeitsprozessen, insbesondere bei Suchterkrankung der Frau
Suchtgefahren 23, 10-22 (1977)

DICK,W., FISCHER,R., SAUTTER,G.:
Magenresektion und Alkoholismus
Dtsch. med. Wschr. 84, 311-316 (1959)

EISENBURG,J.:
Epidemiologie, Pathogenese und Klinik der alkoholbedingten Leberschäden
In: KÜHN,H.A., WERNZE,A. (Hrsg.)
Klinische Hepatologie
Thieme, Stuttgart 1979

EWING,J.A., ROUSE,B.A.:
Identifying the 'hidden alcoholic'
Paper presented at 29th international congress on alcohol and drug dependence
Sydney, N.S.W., Australia, February 3,1970

FAHRENBERG,J., SELG,H.:
Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI
Verlag für Psychologie, Göttingen 1970

FERENCI,P., DRAGOSICS,B., PESENDORFER,F.X., SCHUBERT,H.:
Die Gamma-Glutamyl-Transpeptidase bei alkoholbedingten Lebererkrankungen
Acta Med. Austriaca 3, 50-54 (1976)

FEUERLEIN,W., KUNSTMANN,G.:
Die Häufigkeit des Alkoholismus
Vergleich zwischen verschiedenen Krankenanstalten
Münch. med. Wschr. 115, 1991-1996 (1973)

FEUERLEIN,W.:
Alkoholismus
Mißbrauch und Abhängigkeit
Einführung für Ärzte, Psychologen und Sozialpädagogen
Thieme, Stuttgart 1975

FEUERLEIN,W., KÜFNER,H., RINGER,C., ANTONS,K.:
Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete KFA
Eine empirische Analyse
Arch. Psychiat. Nervenkr. 222, 139-152 (1976)

FEUERLEIN,W., KÜFNER,H.:
Alkoholkonsum, Alkoholmißbrauch und subjektives Befinden
Eine Repräsentativerhebung in der Bundesrepublik Deutschland
Arch. Psychiat. Nervenkr. 224, 89-106 (1977)

FEUERLEIN,W., KÜFNER,H., RINGER,CH., ANTONS,K.:
Münchner Alkoholismustest (MALT)
Beltz, Weinheim 1979

GUNDEL,K.:
Vergleich der Soziogenese des weiblichen und männlichen Alkoholismus anhand einer Sekundär-Analyse klinischer Daten
Phil. Inaug.-Diss. München 1972

HAMPTON,P.J.:
A psychometric study of drinkers
J. Consult. Psychol. 15, 501-505 (1951)

HORN,J.L., WANBERG,K.W.:
Symptom patterns related to excessive use of alcohol
Quart. J. Stud. Alc. 30, 35-68 (1969)

JELLINEK,E.M.:
The disease concept of alcoholism
Yale university press, New Haven 1960

KASTLER-MAITRON,Mme, BURCKARD,E.:
Quelques considérations sur l'alcoolisme chronique chez la femme
Cah. psychiat. 115, 31-45 (1955)

KINSEY,B.A.:
The female alcoholic
A social psychological study
Thomas, Springfield/Ill. 1966

KRYSPIN-EXNER,K.:
Zusammenhänge zwischen Alkohol- und Drogenabhängigkeit
Öff. Gesundh.-Wesen 33, 548-555 (1971)

KRYSPIN-EXNER,K.:
Therapie und Rehabilitation des Alkoholkranken
Öff. Gesundh.-Wesen 40, Sonderheft 1, 33-38 (1978)

de LINT,J.E.E.:
Alcoholism, birth order and socializing agents
J. abnorm. soc. Psychol. 69, 457-458 (1964)

LISANSKY,E.S.:
Alcoholism in women
Social and psychological concomitants
I. Social history data
Quart. J. Stud. Alc. 18, 588-623 (1957)

LOLLI,G.:
Alcoholism in women
Conn. Rev. Alcsm. 5, 9-11 (1953)
Zit.: KINSEY,B.A.:
The female alcoholic
A social psychological study
Thomas, Springfield/Ill. 1966

MacANDREW,C., GEERTSMA,R.H.:
An analysis of responses of alcoholics to scale 4 of the MMPI
Quart. J. Stud. Alc. 24, 23-38 (1963)

MAIER,K.P., SEITZER,D., HAAG,G., PESKAR,B.M., GEROK,W.:
Verlaufsformen alkoholischer Lebererkrankungen
Klin. Wochenschr. 57, 311-317 (1979)

MALETZKY,B.M., KLOTTER,J.:
Smoking and alcoholism
Amer. J. Psychiat. 131, 445-447 (1974)

MANSON,M.P.:
A psychometric differentiation of alcoholics from non-alcoholics
Quart. J. Stud. Alc. 9, 175-206 (1948)

MANSON,M.P.:
A psychometric analysis of psychopathic characteristics of alcoholics
J. Consult. Psychol. 13, 111-118 (1949) a

MANSON,M.P.:
A psychometric analysis of psychoneurotic and psychosomatic characteristics of alcoholics
J. clin. Psychol. 5, 77-82 (1949) b

MANSON,M.P.:
A psychometric determination of alcoholic addiction
Amer. J. Psychiat. 106, 199-205 (1949) c

MARCKWORT,I.:
Motivationspsychologische Untersuchungen an chronischen Alkoholikerinnen
Phil. Inaug.-Diss. Bonn 1973

MASSOT,HAMEL,DELIRY:
Alcoholisme féminin
Données statistiques et psychopathologiques
J. Méd. Lyon 37, 265-269 (1956)

MAYFIELD,D., McLEOD,G., HALL,P.:
The CAGE questionnaire
Validation of a new alcoholism sreening instrument
Amer. J. Psychiat. 131, 1121-1123 (1974)

McCOLLOUGH,C. van ATTA,L.:
Statistik programmiert
Beltz, Weinheim u. Basel 1970

MOORE,R.A.:
The prevalence of alcoholism in a community general hospital
Amer. J. Psychiat. 128, 130-131 (1971)

MOORE,R.A.:
The diagnosis of alcoholism in a psychiatric hospital
A trial of the Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)
Amer. J. Psychiat. 128, 1565-1569 (1972)

MORGAN,M.Y., SHERLOCK,S.:
Sex-related differences among 100 patients with alcoholic liver disease
Br. Med. J. 1977, I, 939-941

MULFORD,H.A.:
Women and men problem drinkers
Sex differences in patients served by Iowa's community alcoholism centers
J. Stud. Alc. 38, 1624-1639 (1977)

MURPHY,D.G.:
The revalidation of diagnostic tests for alcohol addiction
J. Consult. Psychol. 20, 301-304 (1956)

PEMBERTON,D.A.:
A comparison of the outcome of treatment in female and male alcoholics
Brit. J. Psychiat. 113, 367-373 (1967)

PEQUIGNOT,G.:
Les problèmes nutritionnels de la société industrielle
Vie méd. Canad. franç. 3, 216-225 (1974)

PLANT,M.A., MILLER,T.I.:
Disguised and undisguised questionnaires compared
Two alternative approaches to drinking behaviour surveys
Social Psychiatry 12, 21-24 (1977)

POKORNY,A.D., MILLER,B.A., KAPLAN,H.B.:
The Brief MAST
A shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test
Amer. J. Psychiat. 129, 342-344 (1972)

RATHOD,N.H., THOMSON,I.G.:
Women alcoholics
A clinical study
Quart. J. Stud. Alc. 32, 45-52 (1971)

RHODES,R.J.:
The MacAndrew alcoholism scale
A replication
J. clin. Psychol. 25, 189-191 (1969)

RICHTER,M.:
Erkennung von Alkoholikern
Erprobung eines neuen diagnostischen Fragebogens an einer männlichen Stichprobe
Med. Inaug.-Diss. München 1976

RIMMER,J., PITTS,F.N., REICH,T., WINOKUR,G.:
Alcoholism
II. Sex, socioeconomic status and race in two hospitalized samples
Quart. J. Stud. Alc. 32, 942-952 (1971)

RINGER,C., KÜFNER,H., ANTONS,K., FEUERLEIN,W.:
The N.C.A. criteria for the diagnosis of alcoholism
An empirical evaluation study
J. Stud. Alc. 38, 1259-1273 (1977)

RÖPER:
Alkoholismus bei Frauen, mit besonderer Berücksichtigung der Familie Gr.
Dtsch. med. Wschr. 40, 910-913 (1914)

SCHMIDT,F.W., BÄR,U.:
Enzymdiagnostik
Grundlagen und Anwendung
In: KÜHN,H.A., WERNZE,A.:
Klinische Hepatologie
Thieme, Stuttgart 1979

SCHUCKIT,M., PITTS,F.N., REICH,T., KING,L.J., WINOKUR,G.:
Alcoholism
I. Two types of alcoholism in women
Arch. Gen. Psychiat. 20, 301-306 (1969)

SCLARE,A.B.:
The female alcoholic
Br. J. Addict. 65, 99-107 (1970)

SELIGER,R.V.:
Are you an alcoholic ?
Alc. Hyg. 2, 5-10 (1946)
Zit.: MANSON,M.P.:
A psychometric determination of alcoholic addiction
Amer. J. Psychiat. 106, 199-205 (1949) c

SELZER,M.L.:
The Michigan Alcoholism Screening Test
The quest for a new diagnostic instrument
Amer. J. Psychiat. 127, 1653-1658 (1971)

SELZER,M.L., VINOKUR,A., van ROOIJEN,L.:
A self-administered Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST)
J. Stud. Alc. 36, 117-126 (1975)

SEYBERTH,A.:
Der Alkoholismus bei Frauen
Med. Inaug.-Diss. Erlangen/Nürnberg 1963

THALER,H.:
Voraussetzungen für den alkoholischen Leberschaden
Therapiewoche 27, 6580-6587 (1977)

VEGA,A.:
Cross-validation of four MMPI scales for alcoholism
Quart. J. Stud. Alc. 32, 791-797 (1971)

WALL,J.H.:
A study of alcoholism in women
Amer. J. Psychiat. 93, 943-955 (1937)

WANBERG,K.W., HORN,J.L.:
Alcoholism symptom patterns of men and women
Quart. J. Stud. Alc. 31, 40-61 (1970)

WANBERG,K.W., KNAPP J.:
Differences in drinking symptoms and behavior of men and women alcoholics
Br. J. Addict. 64, 347-355 (1970)

WANKE,K.:
Alkoholismus bei Frauen
Analyse klinischer Erfahrungen
In: DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTGEFAHREN (Hrsg.):
Alkoholismus bei Frauen
Hoheneck, Hamm/Westf. 1970

WEBER,E.:
Grundriß der biologischen Statistik, 6.Aufl.
Fischer, Stuttgart 1967

WESSELY,P., PERNHAUPT,G.:
Der Alkoholismus bei Frauen im Vergleich zu einer männlichen Kontrollgruppe
Wien. med. Wschr. 123, 473-478 (1973)

WHISLER,R.H., CANTOR,J.M.:
The MacAndrew alcoholism scale
A cross validation in a domiciliary setting
J. clin. Psychol. 22, 311-312 (1966)

WILKINSON,P., KORNACZEWSKI,A., RANKIN,J.G., SANTAMARIA,J.N.:
Physical disease in alcoholism
Initial survey of 1000 patients
Med. J. Aust. 58, 1217-1223 (1971)

WINOKUR,G., CLAYTON,P.J.:
Family history studies
IV. Comparison of male and female alcoholics
Quart. J. Stud. Alc. 29, 885-891 (1968)

WOOD,H.P., DUFFY,E.L.:
Psychological factors in alcoholic women
Amer. J. Psychiat. 123, 341-345 (1966)

ZELEN,S.L., FOX,J., GOULD,E., OLSON,R.W.:
Sex-contingent differences between male and female alcoholics
J. clin. Psychol. 22, 160-164 (1966)

ZÖLLNER,N.:
Alkoholismus
In: ZÖLLNER,N., WOLFRAM,G. (Hrsg.):
Stoffwechsel, Ernährung, Endokrinium
Springer, Berlin/Heidelberg/New York 1975

Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Tab.	Abb.		S.
1		Grunddaten: Alter	15
2		Zivilstand	16
3		Wohngemeinschaft	19
4		Kinderzahl	21
5		Alter des jüngsten Kindes	22
6		Totgeburten	23
7		Menopause	24
8		Altersunterschied des (Ehe-)Partners	25
9		Alkoholnaher Beruf	26
10		Beruflicher Abstieg	28
11		Soziale Schicht	29
12		Berufsverhältnis	30
13		Sedativa	32
14		Dauer des Alkoholismus	34
15		Alkoholismus-Typ (nach JELLINEK)	37
16		Nebendiagnose	39
17		Art der Neurosen und Psychopathien	40
18		FBF - Ergebnisse AF/KF	45
19		Ergebnisse AF-Gr	46
20		Ergebnisse AF/AM	48
21		SBF - Ergebnisse 14 Offenheitsitems	83
22		Mittelwerte d.Offenheitsscores AF/KF	78
23		Mittelwerte d.Offenheitsscores AF-Gr	79
24		Mittelwerte d.Offenheitsscores AF/AM	79
25		Ergebnisse 102 diagn.Items AF/KF	84
26		Ergebnisse 102 diagn.Items AF-Gr	88
27		Ergebnisse 102 diagn.Items AF/AM	92
28	1	Häufigkeitsverteilung d.Summenwerte 67 Items	105
29	2	Häufigkeitsverteilung d.Summenwerte Filter-S	106
30	3	Häufigkeitsverteilung d.Summenwerte Filter-F	107
31	4	Häufigkeitsverteilung d.Summenwerte Filter-Ges.	108

Tab.	Abb.		S.
32		Subskalen und ihre Items	111
33	5	Subskalenmittelwerte nach Alter	116
34	6	Zivilstand	117
35	7	Kinderzahl	118
36	8	Alter d.jüngsten Kind.	119
37	9	Menopause	120
38	10	sozialer Schicht	121
39	11	Alkoholismusdauer	122
40	12	Alkoholismus-Typ	123
41	13	psychiatr.Nebendiagn.	124
42	14	Subskalenmittelwerte AF/AM	141
43	15	Subskalenmittelwerte AF-Gr	143

Abkürzungen

AF	Alkoholkranke Frauen
KF	Kontrollfrauen
AM	Alkoholkranke Männer
AF/KF	Vergleich der Ergebnisse für alkoholkranke Frauen mit denen für Kontrollfrauen
AF-Gr	Vergleich der Ergebnisse für alkoholkranke Frauen hinsichtlich ihrer Zugehörigkeit zu den jeweiligen Klinikgruppen
AF/AM	Vergleich der Ergebnisse für alkoholkranke Frauen mit denen für alkoholkranke Männer
F/M	Vergleich der Ergebnisse für die Frauenstichprobe mit denen für die Männerstichprobe
Ha	Bezirkskrankenhaus Haar
Hö	Kurhaus Höchsten
MPI	Max-Planck-Institut für Psychiatrie
Sk	Subskala

FBF

(Basis Dokumentation)

Datum der Untersuchung .....

1. Laufende Nummer des Patienten: .....

(jeweilige Kartennummer in Spalte 4 der Lochkarte) .....

2. Stichprobe: .....
3. Klinik: .....
4. Geschlecht: .....
5. Alter: .....

6. Geburtsdatum: .....
7. Patientenname: .....

(bei Frauen auch Mädchenname) .....

8. Zivilstand: .....
9. Wohngemeinschaft: .....
10. Anzahl der Kinder: .....
11. Alter des jüngsten Kindes: .....
12. Anzahl von Totgeburten oder kurz nach der Geburt gestorbener Kinder:...

(nur bei Frauen)

13. Zeitdauer nach der Menopause: .....
14. Altersunterschied des (Ehe-) Partners: .....
15. Beruf: .....
16. Beruflicher Abstieg unter Ausbildungsniveau: .....
17. Schichtzugehörigkeit: .....
18. Derzeitiges Berufsverhältnis: .....
19. Konsum von Schlaf- und/oder Beruhigungsmittel .....
20. Dauer des Alkoholismus in Jahren: .....
21. Alkoholismustyp: .....
22. Nebendiagnose (ICD-Nr.): .....

		trifft zu	trifft nicht zu	unbekannt
23.	Lebererkrankung bei Aufnahmeuntersuchung (Fettleber, Leberzirrhose, Hepatitis, Hepatose. Ein klinisches Symptom und ein Laborwert sind ausreichend.)	○	○	
24.	Lebererkrankung in der Vorgeschichte	○	○	
25.	Gamma-GT erhöht (Grenzwert entsprechend dem jeweiligen Labor)	○	○	○
26.	Pankreatitis bei Aufnahmeuntersuchung (Ein klinisches Symptom und ein Laborwert sind ausreichend.)	○	○	
27.	Pankreatitis in der Vorgeschichte	○	○	
28.	Chronische Gastritis bei Aufnahmeuntersuchung (Klinische Symptome sind ausreichend)	○	○	
29.	Chronische Gastritis in der Vorgeschichte	○	○	
30.	Magenresektion in der Vorgeschichte	○	○	
31.	Karzinome der oberen Verdauungswege	○	○	
32.	Hypertonie (RR über 150/100 oder antihypertone Behandlung)	○	○	
33.	Übergewicht (Entsprechend den üblichen Tabellen)	○	○	
34.	Polyneuropathie z.Zt. oder in der Vorgeschichte (Nur, wenn keine anderen Ursachen bekannt, z.B. Diabetes mellitus oder andere eindeutige chronische Vergiftungen)	○	○	
35.	Kleinhirndegeneration	○	○	
36.	Wernicke-Korsakow-Syndrom	○	○	
37.	Halluzinose in der Vorgeschichte	○	○	
38.	Delirium tremens bei Aufnahme oder in der Vorgeschichte	○	○	
39.	Halluzinationen z. Zt. oder in der Vorgeschichte	○	○	

		trifft zu	trifft nicht zu	
40.	Zigarettenkonsum (20 oder mehr Zigaretten pro Tag)	○	○	
41.	Brandwunden bzw. -Narben	○	○	
42.	Spezifische Therapieversuche in der Vorgeschichte (z.B. anonyme Alkoholiker, Entziehungskur, Antabus-Behandlung, Krankenhausaufnahme wegen Alkoholintoxikation, soziale Beratung wegen Problemen mit Alkohol)	○	○	
43.	Alkoholkonsum von mehr als 150 ml reinen Alkohols täglich (Entspricht: 3,75 l Bier oder 1,5 l Wein oder 1,25 l Sekt oder 1 l Südwein, Fruchtwein, Most, Wermut oder 0,5 l Likör oder 0,375 l Schnaps)	○	○	
44.	Alkoholkonsum von mehr als 300 ml einmal pro Woche	○	○	
45.	Oraler Konsum von Alkohol, der nicht für perorale Anwendung vorgesehen ist. (Z.B. Brennspiritus, Haarwasser, Einreibemittel oder andere techn. Alkohole)	○	○	
46.	Toleranzbruch (Patient gibt an, daß er weniger Alkohol als früher verträgt, ohne daß es dafür naheliegende äußere Gründe gibt, wie z.B. veränderte soziale Situation, andere Erkrankungen mit Alkoholunverträglichkeit oder allein das Ältersein.)	○	○	
47.	Fötor alcoholicus bei jetziger Aufnahme	○	○	
48.	Vater ist bzw. war starker Trinker oder Alkoholiker	○	○	unbekannt ○
49.	Mutter ist bzw. war starke Trinkerin oder Alkoholikerin	○	○	unbekannt ○
50.	(Ehe-) Partner ist bzw. war starker Trinker oder Alkoholiker	○	○	lebt allein ○
51.	Familienangehörige oder enge Bezugspersonen haben schon einmal beim Arzt, bei der Familienfürsorge oder anderen entsprechenden sozialen Einrichtungen Rat gesucht wegen Trinkproblemen des Patienten	○	○	keine Familie ○

		trifft zu	trifft nicht zu
52.	Asozialenstatus (1. sehr primitive Wohnverhältnisse, 2. keine geregelte Arbeit, 3. Zeichen äußerer Verwahrlosung. Wenn zwei Punkte vorhanden sind, gilt das Item als zutreffend.)	○	○
53.	Häufiger Wohnungswechsel (Mehr als zweimal in 5 Jahren)	○	○
54.	Letztes Kind in der Geschwisterreihe bei 3 oder mehr Geschwister	○	○

Fragebogen SBF

Datum: ....

Name: .... Vorname: ....

Alter: .... Beruf: .....

Anleitung:

Sie werden auf den folgenden Seiten eine Reihe von Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen und Einstellungen finden. Sie können jede entweder mit "trifft zu" oder "trifft nicht zu" beantworten. Setzen Sie bitte ein Kreuz (×) in den dafür vorgesehenen Kreis.

Vielleicht werden Sie manchmal den Eindruck haben, daß eine Aussage auf Sie nicht gut passt. Kreuzen Sie aber trotzdem immer eine Antwort an und zwar die, welche am ehesten auf Sie zutrifft.

Für einige Aussagen ist eine dritte Möglichkeit vorgesehen, die Sie bitte nur dann ankreuzen, wenn die Aussage auf Sie nicht anwendbar ist. Z.B. wenn über den Beruf eine Aussage gemacht wird, und Sie nicht berufstätig sind.

Manche Fragen kommen Ihnen vielleicht sehr persönlich vor. Bedenken Sie aber, daß Ihre Antworten streng vertraulich behandelt werden.

		trifft zu	trifft nicht zu	
1.	Ich leide in letzter Zeit an starker Nervosität	○	○	
2.	Ich habe öfters ohne körperliche Anstrengung starke Schweißausbrüche	○	○	
3.	Ich hatte schon einmal das Gefühl, den Verstand zu verlieren.	○	○	
4.	Ich glaube, ich ziehe immer den kürzeren	○	○	
5.	Ich habe manchmal das Gefühl bedroht oder verfolgt zu werden.	○	○	
6.	Ich habe mich schon öfters mit dem Gedanken beschäftigt, mich selbst umzubringen	○	○	überhaupt nicht berufstätig
7.	Das Interesse an meinem beruflichen Fortkommen hat sich in den letzten Jahren vermindert.....	○	○	○
8.	In letzter Zeit hatte ich öfters Schlafstörungen oder Alpträume	○	○	
9.	In der letzten Zeit fühle ich mich allein und einsam.....	○	○	
10.	Ich habe den Eindruck, daß meine sexuelle Potenz nachgelassen hat.	○	○	
11.	Ich habe den Eindruck, daß sich meine Freunde von mir zurückziehen.....	○	○	
12.	Ich habe schon einmal versucht, aus meiner Familie, Ehe bzw. Partnerschaft auszubrechen, weil ich es dort nicht mehr aushielt.....	○	○	
13.	Ich habe manchmal Angstgefühle, die ich mir nicht erklären kann.....	○	○	
14.	Ich habe das Gefühl, daß mein Ehepartner bzw. Partner (Partnerin) mir nicht immer treu war.....	○	○	lebe allein ○
15.	Zur Zeit fühle ich mich verbittert wegen meiner Probleme und Schwierigkeiten.....	○	○	
16.	In der letzten Zeit leide ich häufiger an Zittern der Hände.....	○	○	
17.	Ich habe in letzter Zeit mehr Durst als früher	○	○	
18.	Ich hatte zeitweilig, besonders morgens, ein Würgegefühl oder Brechreiz.....	○	○	

		trifft zu	trifft nicht zu	
19.	Ich habe schon einmal versucht, Zittern oder morgendlichen Brechreiz mit Alkohol zu kurieren.....	○	○	nicht berufstätig
20.	Ich habe schon einmal wegen trinken von Alkohol meinen Arbeitsplatz verloren.....	○	○	○
				lebe allein
21.	Mein Ehepartner bzw. Partner (Partnerin) hat mir Vorwürfe wegen meines Trinkens gemacht.....	○	○	○
22.	Ich habe auch dann Alkohol getrunken, wenn es mir vom Arzt verboten wurde.....	○	○	
23.	Ich glaube, daß ich mehr als andere Leute trinke	○	○	
24.	Mir ist aufgefallen, daß ich seit einiger Zeit erheblich weniger Alkohol vertrage als früher.....	○	○	
25.	In Gesprächen vermeide ich Anspielungen auf Alkohol.....	○	○	
26.	Wenn ich Alkohol trinken will, versuche ich unter allen Umständen ihn zu bekommen.....	○	○	
27.	Ab und zu erzähle ich auch mal eine Lüge.....	○	○	
28.	Ich fühle mich selbstbewußter und sicherer, wenn ich Alkohol getrunken habe.....	○	○	
29.	Manchmal stecke ich voller Tatendrang und ein anderes Mal kann ich mich zu keiner richtigen Arbeit aufraffen.....	○	○	
30.	Es kommt nicht selten vor, daß ich vor dem Mittagessen bzw. vor dem zweiten Frühstück Alkohol trinke.	○	○	
31.	Ich suche Gelegenheiten, wo ich ohne Wissen der anderen ein paar Gläser trinken kann.....	○	○	
32.	Ich kann nicht jeden leiden, den ich kenne.....	○	○	
33.	Ab und zu lache ich über einen unanständigen Witz	○	○	
34.	Ich neige dazu, aggressiv zu werden, wenn ich etwas getrunken habe.....	○	○	
35.	Ich habe den Eindruck, daß meine Ehe bzw. Partnerschaft wegen Alkoholtrinkens schwer gefährdet oder schon zerbrochen ist.....	○	○	lebe allein ○

		trifft zu	trifft nicht zu	
36.	Manchmal bin ich zu spät zu einer Verabredung oder zur Arbeit gekommen	○	○	
37.	Nach den ersten Gläsern Alkohol habe ich ein unwiderstehliches Verlangen weiter zu trinken	○	○	
38.	Ich bin manchmal mürrisch und schlecht aufgelegt	○	○	
39.	Es hat schon einmal Familienprobleme gegeben wegen meines Trinkens	○	○	keine Famili ○
40.	Ich habe den Eindruck, daß ich heute mehr Alkohol vertrage als früher	○	○	
41.	Wenn ich müde oder niedergeschlagen bin oder mich ärgern muß, trinke ich gerne Alkohol	○	○	
42.	Ich bin schon einmal im Zusammenhang mit Alkoholtrinken mit der Polizei in Konflikt geraten	○	○	
43.	Ich sage immer die Wahrheit	○	○	
44.	Es ist mir bisher nicht gelungen, längere Zeit ohne Alkohol auszukommen	○	○	
45.	Ich denke häufig an Alkohol	○	○	
46.	Als Kind habe ich ab und zu mal genascht	○	○	
47.	In Zeiten erhöhten Alkoholkonsums habe ich weniger gegessen	○	○	
48.	Ich glaube, daß an meinem Trinken andere Leute mitschuldig sind	○	○	
49.	Ohne Alkohol fühle ich mich gespannt und unruhig	○	○	
50.	Ich glaube, daß ich ohne fremde Hilfe aufhören könnte Alkohol zu trinken	○	○	
51.	Meine Tischmanieren sind zu Hause weniger gepflegt als in Gesellschaft	○	○	
52.	Meine Familie oder ich sind schon einmal wegen meines Trinkens in finanzielle Schwierigkeiten geraten	○	○	

		trifft zu	trifft nicht zu	nicht berufstätig
53.	Ich bin hin und wieder ein wenig schadenfroh.....	○	○	
54.	In der Regel trinke ich mit Leuten, die aus Kreisen stammen, mitdenen ich sonst wenig zu tun habe	○	○	
55.	Manchmal habe ich Gedanken, derer ich mich schämen muß.....	○	○	
56.	Ich habe zu Hause bzw. an meiner Arbeitsstelle einen kleinen versteckten Vorrat mit alkoholischen Getränken.....	○	○	
57.	Wenn ich Alkohol getrunken habe, habe ich öfters an Selbstmord gedacht.....	○	○	
58.	An der Arbeitsstelle hat man mir schon einmal Vorhaltungen wegen meines Alkoholtrinkens gemacht.....	○	○	○
59.	In Gesellschaft ist mein Benehmen meistens besser als zu Hause.....	○	○	
60.	Es kam vor, daß ich nach starkem Trinken mich an manches nicht mehr erinnern konnte, was sich während dieser Zeit ereignet hatte.....	○	○	
61.	Seitdem ich trinke, bin ich weniger tüchtig.....	○	○	
62.	Ich trinke Alkohol lieber, wenn ich allein bin.....	○	○	
63.	Ich habe nach dem Trinken schon öfters Gewissensbisse (Schuldgefühle) gehabt.....	○	○	
64.	Ich habe ein Trinksystem versucht (z.B. nicht vor bestimmten Zeiten zu trinken).....	○	○	
65.	Ich trinke häufiger ein Glas Bier oder Wein in einem Zug aus.....	○	○	
66.	Ich glaube, ich sollte mein Trinken einschränken..	○	○	
67.	Manchmal schiebe ich etwas auf, was ich sofort tun sollte.....	○	○	
68.	Früher habe ich andere alkoholische Getränke bevorzugt als heute (z.B. früher Schnaps, heute Wein oder früher Wein, heute Bier usw.).....	○	○	

		trifft zu	trifft nicht zu	
69.	Hin und wieder gebe ich ein bißchen an.....	○	○	
70.	Ich weiß nicht, ob ich mit dem Trinken aufhören soll.....	○	○	
71.	Ich weiß nicht so recht, ob ich ganz mit dem Trinken aufhören oder nur etwas weniger trinken sollte.....	○	○	
72.	Freunde von mir haben mir schon einmal gesagt, ich sollte weniger trinken	○	○	
73.	Ohne Alkohol kann ich mit anderen nicht zusammenarbeiten.....	○	○	
74.	Wenn ich mit Alkohol lustig und ausgelassen bin, mache ich den anderen etwas vor.....	○	○	
75.	Ich sage den anderen lieber nicht, wieviel ich trinke.....	○	○	
76.	Es würde mir zwar schwer fallen, mit dem Trinken aufzuhören, aber ich bin sicher, daß ich das kann.....	○	○	
77.	Ohne Alkohol hätte ich nicht so viele Probleme....	○	○	
78.	Ich habe das Gefühl, wegen meines Trinkens meine Familie zu vernachlässigen.....	○	○	keine Familie ○
79.	Mein Ehepartner bzw. Partner (Partnerin) geht nicht mehr so auf mich ein wie früher	○	○	keine Familie ○
80.	Die meisten Leute finden mich offener, witziger und interessanter, wenn ich etwas getrunken habe.....	○	○	
81.	Ich glaube, ich gerate häufig in Auseinandersetzungen mit anderen Menschen.....	○	○	
82.	Ohne Alkohol kann ich die anderen nicht ertragen.....	○	○	
83.	Wenn ich Alkohol trinken möchte, versuche ich unter allen Umständen welchen zu bekommen.....	○	○	
84.	Ich habe schon einmal den ärztlichen Rat bekommen, weniger zu trinken.....	○	○	

		trifft zu	trifft nicht zu	
85.	Wenn ich etwas trinke, macht es mir weniger aus, was andere über mich denken.....	○	○	
86.	Ich trinke am liebsten in Gesellschaft anderer Leute.....	○	○	
87.	Ich glaube, daß ich jederzeit in der Lage bin, mein Trinken einzuschränken.....	○	○	
88.	Wenn ich mich enttäuscht fühle, weil ich etwas nicht erreicht habe, brauche ich Alkohol, um besser darüber hinwegzukommen.....	○	○	
89.	Wenn ich aufgeregt bin, trinke ich Alkohol, um mich zu beruhigen.....	○	○	
90.	Ich glaube, der Alkohol zerstört mein Leben.....	○	○	
91.	Einmal möchte ich aufhören mit dem Trinken, dann wieder nicht.....	○	○	
92.	Ich glaube nicht, daß mir mein Alkohol-konsum schadet.....	○	○	
93.	Bei meinen Bekannten gelte ich als trinkfest.....	○	○	
94.	Die ersten Gläser trinke ich immer sehr schnell aus	○	○	
95.	Mit Alkohol kann ich meine Wut und meinen Zorn besser unter Kontrolle halten.....	○	○	
96.	Andere Leute können nicht verstehen, daß ich trinke.....	○	○	
97.	Wenn ich nicht trinken würde, käme ich mit meinem Partner besser zurecht	○	○	lebe allein ○
98.	Es ist mir egal, was andere über mein Trinken denken.....	○	○	
99.	Ohne Alkohol kann ich mir mein Leben nicht vorstellen.....	○	○	
100.	Wenn ich getrunken habe, habe ich weniger an mir auszusetzen als sonst.....	○	○	
101.	Ich glaube, daß ich mehr Schwierigkeiten zu bewältigen habe, als andere Leute.....	○	○	

	trifft zu	trifft nicht zu	
102. Ich habe das Gefühl, daß die Leute nicht mehr soviel von mir halten wie früher.....	○	○	
103. Wenn ich ohne Alkohol auskommen soll, müßte ich mich ganz ändern.....	○	○	
104. Ich kann mir nicht erklären, warum ich eigentlich Alkohol trinke.....	○	○	
105. Ich finde, die meisten Leute haben wenig Verständnis für andere.....	○	○	
106. Mit Alkohol fällt es mir leichter, mit anderen Kontakt aufzunehmen.....	○	○	nicht berufstätig
107. Ohne mein Trinken hätte ich beruflich Karriere machen können.....	○	○	○
108. Wenn ich getrunken habe, fühlen sich die Leute von mir abgestoßen.....	○	○	
109. Ich glaube, daß ich bei meinen Freunden besser ankomme, wenn ich etwas getrunken habe.....	○	○	
110. Ich habe schon versucht, zeitweilig ohne Alkohol zu leben.....	○	○	
111. Ich habe den Eindruck, daß mein Ehepartner bzw. mein Partner (Partnerin) sich von mir zurückzieht..	○	○	lebe allein ○
112. Wenn ich nicht trinken würde, wäre ich mit mir zufrieden.....	○	○	
113. Wenn ich getrunken habe, finden mich die Leute sympathischer.....	○	○	
114. Ich habe den Eindruck, daß ich zu Hause nicht mehr soviel zu sagen habe wie früher.....	○	○	lebe allein ○
115. Man hat mich schon wiederholt auf meine "Alkoholfahne" angesprochen.....	○	○	
116. Mir fällt es schwer, zu akzeptieren, was andere über mich sagen.....	○	○	

Lebenslauf

Am 13.3.1944 wurde ich als Sohn der Eheleute Willi und Hildegard Finke in Neunkirchen(Saar) geboren.
Dort besuchte ich von 1950 bis 1954 die Volksschule und von 1954 bis zum Abitur 1963 das Gymnasium.
Mit dem SS 1963 begann ich an der Theologischen Fakultät Trier das Studium der Katholischen Theologie, das ich ab dem WS 1965/66 an der Ludwig-Maximilians-Universität München fortsetzte und 1969 mit dem Diplom-Examen abschloß.
An der Ludwig-Maximilians-Universität studierte ich ab dem WS 1969/70 Medizin, legte nach dem WS 1973/74 die Ärztliche Vorprüfung und nach dem WS 1976/77 die Ärztliche Prüfung ab.
Von Dezember 1977 bis Juli 1978 war ich als Medizinal-assistent an der Chirurgischen Abteilung des Kreiskranken-hauses Starnberg (Prof. Dr. Grill) tätig; anschließend schrieb ich die vorliegende Dissertation. Ab Oktober 1979 arbeitete ich zunächst als Medizinalassistent, nach der Approbation als Volontärassistent an der Internen Abteilung des Kreiskrankenhauses Starnberg (Prof. Dr. Lydtin).
Seit Oktober 1980 bin ich Assistenzarzt an der Klinik Höhenried (Prof. Dr. Halhuber und Dr. med. habil. Hofmann).